Rok XLVIII. Kraków, dnia 24. lipca 1909. Nr 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Opsoniny Wrighta. Ich badanie, technika i znaczenie kliniczne w schorzeniach gruźliczych.

Podali

Prof. W. Jaworski i Dr. P. Korolewicz, asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

a) Znaczenie IO w leczeniu gruźlicy.

Według Wrighta należy się starać o wzmożenie opsonin w ustroju, aby przy ich pomocy laseczniki mogły być sfagocytowane. Daje się to uskutecznić przez wstrzykiwanie tuberkuliny. Należy jednak przy leczeniu gruźlicę miejscową ograniczoną odróżnić od gruźlicy, która wywołuje objawy ogólne, jak gorączkę.

W miejscowej gruźlicy, zwłaszcza skóry, gruczołów, kości, dlatego według Wrighta nie następuje wygojenie, że do tych miejsc opsoniny drogą krążenia dostać się nie mogą. Dlatego należy przez zabiegi mechaniczne w miejscach schorzałych (zob. niżej) pobudzić krążenie, a przez to dopływ opsonin do bakteryi. Jeżeli mechaniczne zabiegi nie sprawiają podwyższenia IO, to należy do tego dążyć przez wstrzykiwanie stosownych dawek tuberkuliny, najlepiej nowej Kocha TR.

W gruźlicy płuc następuje najczęściej autoinokulacya produktami gruźliczymi, czyli sam ustrój się szczepi. Takie samoszczepienie może być nawet groźne dla ustroju, jeżeli następuje gwałtownie. Szczepiąc suchotników tuberkuliną, często trudno ocenić, czy wahania w IO pochodzą od wstrzykniętej tuberkuliny, czy też wskutek autoinokulacyi. Szczepienie suchotników tuberkuliną może być tylko w tych przypadkach wskazane, jeżeli IO nie jest ani zbyt nizki, ani zbyt wysoki (zob. ryc. 7). Gdyż przez wstrzyknięcie tuberkuliny sumuje się efekt; może np. powstać zbytnie obniżenie opsonin (nizka faza ujemna) i znaczne obniżenie odporności ustroju na samozakażenie. Aby przy wielkich wahaniach IO zabezpieczyć się przed autoinokulacyą, najlepiej położyć chorych do łóżka, aż IO się ustali. Ilość tuberkuliny, potrzebnej do leczenia suchotników, jest według Wrighta o wiele mniejszą, niż obecnie lekarze używają; wynosi ona $^1/_{30000}$—$^1/_{800}$ mg. Już te ilości tuberkuliny są zdolne podnieść IO z 0·35 na 1·7.

Podczas wstrzykiwania tuberkuliny chorym zauważano (Morland, Turban) w plwocinach fagocytozę, tj. ciałka białe, wypełnione prątkami gruźliczymi. To samo spostrzegano na leukocytach w moczu chorych na gruźlicę pęcherza (Löwenstein, Turban). Czy taka fagocytoza ma znaczenie pożyteczne dla ustroju, trudno powiedzieć, gdyż bakterye gruźlicze otoczone odporną osłonką, z trudnością tylko mogłyby być zniszczone.

Należy w końcu nadmienić, że Wright, trzymając się IO, wyleczył przez wstrzykiwanie tuberkuliny wiele przypadków gruźlicy, zwłaszcza gruczołów, kości, jąder, pęcherza, nerek, otrzewnej i t. p. Twierdzi on, że niekorzystne wyniki, jakie lekarze otrzymują przy wstrzykiwaniu tuberkuliny, należy w wielu przypadkach odnieść do tego, że wstrzykują niestosowne ilości tuberkuliny i w nieodpowiedniej porze, nie oznaczając wprzód IO. Należy bowiem powtarzać wstrzykiwania w fazie dodatniej (zob. ryc. 7, krzywa górna). Gdy wstrzykujemy bakterye w fazie ujemnej, obniżają ją one jeszcze bardziej, wiążąc opsoniny w ustroju, który traci przez to odporność przeciw ponownemu wtargnięciu bakteryi (zob. ryc. 7., krzywa kropkowana).

Podczas wstrzykiwań tuberkuliny stara się Wright w stosownych przypadkach schorzeń gruźliczych dopomagać leczeniu przez miejscowe zabiegi, w celu polepszenia krążenia i doprowadzenia krwi opsoninowej do miejsc zmienionych gruźliczo. Dzieje się to przez nacinanie ropni, nakłuwanie wysięków, gorące powietrze, opaski Biera, miesienie, rozmaite okłady, opatrywanie ran ciałami przeciwskrzepowemi, jak cytrynianem sodowym, cukrem i t. p.

Przy innych zakażeniach bakteryjnych (np. gronkowcami, paciorkowcami) wstrzykuje Wright zabite bakterye z pomyślnym skutkiem i to z hodowli, otrzymanych z tego samego chorego. Ta wakcynacya Wrighta daje według ogłoszeń jego i innych autorów angielskich, dobre wyniki lecznicze w zakażeniach gronkowcami (*furunculosis, acne, sycosis* i t. p.).

b) W celach rozpoznawczych

kieruje się Wright również zachowaniem wskaźnika opsoninowego.

Jeżeli IO kilkakrotnie oznaczony względem pewnej bakteryi jest normalny i nie waha się, to zakażenie tą bakteryą jest wyłączone.

Jeżeli IO okazuje się stale zmniejszony, to wskazuje to na zakażenie miejscowe, z którego do ustroju nie

przechodzą jady bakteryjne, przez to nie mogą wywołać zwiększenia opsonin.

Jeżeli IO wypada rozmaicie, raz wyższy, drugi raz niższy, — to faza dodatnia, to ujemna, — to jest to objawem autoinokulacyi i mamy przed sobą przypadek ogólnego zakażenia ustroju tą bakteryą, chociażby nie było jeszcze objawów klinicznych zakażenia.

Jeżeli IO stale okazuje się zwiększonym, to wskazuje to albo na przebyte już zakażenie, albo na stosowane szczepienie.

Jeżeli surowicę badaną ogrzejemy do 60° przez 10 minut, a fagocytoza, która była przed ogrzaniem surowicy, znacznie zmaleje lub zniknie, to niema zakażenia, gdyż w surowicy były tylko normalne opsoniny, ciepłochwiejne.

Jeżeli surowicę badaną ogrzejemy do 60°, a fagocytoza zostaje ta sama lub niewiele różna, to istnieje zakażenie ustroju dotyczącą bakteryą, gdyż opsoniny przez uodpornienie (tu przez autoinokulacyę) wytworzone są ciepło-trwałe.

Jeżeli u chorych z wysiękami IO w surowicy okazuje się wyższy, niż w wysięku, to należy uważać sprawę chorobową za miejscową, a w wysięku muszą się znajdować bakterye zakażające.

Wright rozszerza znaczenie rozpoznawcze IO o wiele dalej. Powiada np., że jeżeli niema jeszcze podejrzenia co do gruźlicy, a IO waha się względem bakteryi gruźliczych, to pomimo braku objawów klinicznych, istnieje gruźlica w ustroju. Wahania bowiem IO mają być pierwszym sygnałem wtargnięcia gruźlicy do ustroju.

W rozpoznawaniu innych znów przypadków, jak np. w zapaleniach stawów lub gruczołów o nieznanej etyologii, radzi sobie Wright w ten sposób, że bada pokilkakroć IO względem gronkowców, paciorkowców, dwoinek wiewiórowych i prątków gruźliczych, i przyjmuje zakażenie tą bakteryą, dla której IO okazuje się zmienny. Jeżeli to oznaczenie nie doprowadziło do celu, to Wright nie daje jeszcze za wygraną: miesi chore gruczoły, porusza chorymi stawami, aby wywołać autoinokulacyę i dopiero teraz powtarza oznaczanie IO i dowiaduje się, który wskaźnik obecnie okazuje zmienność (wahania).

c) Dla rokowania

może wskaźnik opsoninowy według twierdzenia Wrighta dawać pewne wskazówki.

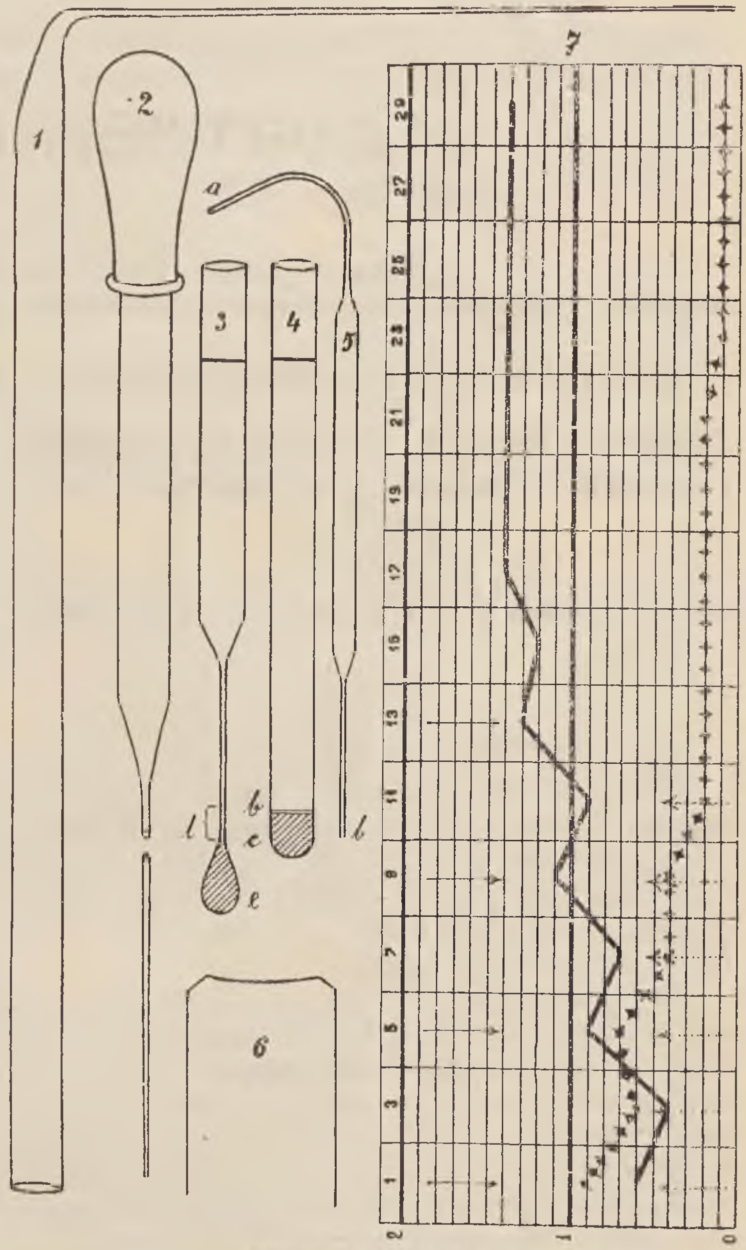
Jeżeli u chorego wskaźnik stale znajdujemy nizki, a przez wstrzyknięcie szczepionki nie da się podnieść (zob. ryc. 7. krzywa kropkowana), to świadczy to o słabej odporności ustroju na ten zarazek i rokowanie jest gorsze. Przeciwnie ma się rzecz, jeżeli IO po wstrzykiwaniach się wzmaga (zob. ryc. 7. krzywa wyciągnięta). Świadczy to o zwiększonej odporności na zarazek.

Przypadki gruźlicy z wysokim IO mają dawać, według niektórych autorów (Meakin i Wheeler) lepsze rokowanie, niż z nizkim.

Czy zwiększenie fagocytozy, t. j. wyższy IO, jest rzeczywiście miarą zwiększonej odporności ustroju przeciw zarazkowi, jest to pytanie, potrzebujące rozwiązania.

To są zdumiewające wnioski i daleko sięgające zastosowania kliniczne nauki opsoninowej Wrighta.

Metodę i technikę, na mocy których Wright do tego przychodzi, przedstawimy poniżej, przytaczając wprzód oryginalny przepis Wrighta, potem modyfikacye, poczynione przez innych autorów, a ostatecznie sposób, w jaki myśmy nasze oznaczenia wykonywali.



Objaśnienie rycin.
(Ryciny w naturalnej wielkości).

1. Pipeta włosowata kątowato zakrzywiona, służąca do płukania ciałek białych (zob. uwaga ad 2).

2. Mieszacz (melangeur) Wrighta (z powodu braku miejsca część włosowata na rycinie przerwana; część ta ma wynosić od 8—10 cm długości) (zob. uwaga ad 1).

3. Rurka szklana według Turbana i Baera, służąca do wirowania, płukania i mieszania ciałek białych (zob. 2).

4. Rurka szklana według Wrighta, służąca do wirowania, płukania i mieszania ciałek białych (zob. uwaga ad 3).

5. Rurka zakrzywiona, służąca do nabierania krwi na surowicę według Wrighta (zob. uwaga ad 4 i ad 5).

6. Szkiełko do rozprowadzania kropli mieszaniny sfagocytowanej na szkiełku podstawowem, celem zrobienia preparatu do barwienia (zob. 6 przepis Wrighta).

7. Tablica z krzywą odczynu opsoninowego:

—— Krzywa opsonin przy wstrzykiwaniu tuberkuliny z wynikiem dodatnim (wzmożenie opsonin we krwi) (zob. ust. V. a, b).

---- Krzywa opsonin przy wstrzykiwaniu tuberkuliny za częstem, szkodliwem (zmniejszenie się opsonin we krwi) (zob. ust. V. a, b).

Według przepisu Wrighta potrzeba do wykonania próby: 1) Pipet, czyli t. zw. mieszaczy (melangeur). 2) Wypłukanych ciałek krwi. 3) Zawiesiny z bakteryi. 4) Surowicy (badanej). 5) Surowicy prawidłowej, albo surowicy mieszanej dla kontroli.

1. Pipety (przepis oryginalny Wrighta) »powinny być wszystkie o jednakowem świetle, zwężające się lekko ku końcowi (zob. ryc. 2. Melangeur). Drugi szeroki koniec powinien być zaopatrzony balonikiem gumowym, ściśle do rurki przystosowanym. Przed użyciem obcina się równo zwężony koniec i robi się znaczek ołówkiem parafinowym na pipecie w odległości $^3/_4$ cala od końca«.

Mieszacze (melanżery) nie powinny być według Turbana i Baera ani za wązkie, ani za szerokie, w pierwszym bowiem wypadku źle się niemi ciągnie, w drugim potrzeba większej ilości składników do napełnienia. Długość ich powinna wynosić 15—16 cm., oddalenie znaczka winno wynosić $1^1/_2$—2 cm. od końca włosowatego. Jednej pipety nie można używać dwa razy.

Busse radzi używać nieco szerszych pipet, przedstawiając błędy wynikłe z używania za wązkich i średnich. Według niego różnice błędów są następujące: przy wązkich 30%, przy średnich 18%, a przy szerokich tylko 10%, a więc błąd najmniejszy.

Levaditi i Inmann sporządzają melanżery o świetle 0·5 mm., a więc bardzo wązkie.

Ze względu na ułatwienie nabierania składników do melanżera używa Kraus zamiast balonika, przyrządu śrubowego, który zaleca także Serkowski.

Uwaga ad 1. Do obliczania opsonin robiliśmy sami melanżery z rurek szklanych, długości 10—12 cm., o średnicy 7—8 mm. Po rozgrzaniu rurki takiej w samym środku aż do żaru w płomieniu bunsenowskim, wyciągaliśmy poza płomieniem, niezbyt szybko, przez co otrzymywaliśmy równocześnie 2 pipety o świetle mniej więcej 1—$1^1/_2$ mm. Do każdej próby używaliśmy osobnych melanżerów. I tu z własnego doświadczenia możemy powiedzieć, że melanżery o zbyt wązkiem świetle sprawiają wiele trudności, gdyż słupki cieczy trudno w nich dokładnie wykalibrować z powodu ciągłego ruchu, jaki w pipecie wykonują przy lada ucisku palcem na balonik gumowy.

2. Wypłukane ciałka krwi. (Przepis oryginalny Wrighta). »Do płukania ciałek krwi używa się rurek szklanych o jednakowej średnicy, długości i wadze, ażeby na wirownicy utrzymać równowagę. Przed użyciem myje się rurki 25%-wym rozczynem kwasu siarkowego, wodą i rozczynem cytrynianu sodowego. Następnie napełnia się $^2/_3$ rurki 1·5%-wym rozczynem cytrynianu sodowego i dopełnia kroplami krwi. Po dokładnem zmieszaniu płynu, co uskutecznia się przez kilkakrotne przewracanie i odwracanie rurki zatkanej palcem (nie wstrząsanie) wiruje się dopóty, dopóki ciałka krwi nie osiądą na spodzie. Ciecz ponad ciałkami zbiera się zapomocą pipety, do czego używa się odpowiedniej pipety z kolbką. Następnie miesza się ciałka pozostałe z odpowiednią ilością 0·85%-go rozczynu soli kuchennej aż do zapełnienia całej rurki i znowu wiruje aż do oddzielenia ciałek od płynu. Płyn, znajdujący się ponad ciałkami, usuwamy zapomocą pipety, a ciałka same, zmieszane dokładnie, są gotowe do użycia«.

Turban i Baer używali z początku rurek szklanych o kształcie termometra kulkowego (zob. ryc. 3), gdyż do preparatu brali tylko same leukocyty (ryc. 3, l.), oddzielone w wązkiej części rurki od krwinek czerwonych (ryc. 3, e.), znajdujących się w kulistej przestrzeni rurki. Później jednak z powodu dosyć mozolnej i dużo czasu zabierającej roboty zaniechali tego sposobu, zwłaszcza, że ciałka białe, nie oddzielone, lecz zmieszane z czerwonemi, dają te same wyniki. Krew do tego potrzebną biorą z ucha przez nakłucie wprost do rurki.

Wirths bierze 10 cm³ krwi z żyły; dodaje $1^1/_2$ cm³ 10% rozczynu cytrynianu sodowego i pozostawia na pewien czas, po którym ciałka czerwone opadają na dno, podczas gdy osocze i leukocyty układają się ponad niemi. Tę górną warstwę zbiera zapomocą pipety i wiruje; na spodzie osiadłe ciałka białe myje 2 razy fizyologicznym rozczynem NaCl i z pewną małą ilością tego rozczynu miesza.

Strubel, opisując metodę Wrighta, poleca brać krew z kciuka, który przedtem silnie uciska przez obwiązanie chustką, kawałkiem gazy, lub rurką gumową, celem wywołania przekrwienia, a nakłucie robi powyżej paznokcia ostrym kolcem szklanym; zresztą postępuje według przepisu Wrighta.

Levaditi i Inmann używają do mieszaniny ciałek 1·5% cytrynianu sodowego w rozczynie fizyologicznym (0·9%) NaCl. Po zrobieniu kilku nakłuć w opuszkę palca, zbierają kroplami krew do rurki, bacząc, by kropla krwi padała bezpośrednio do płynu, a nie spływała po ścianie rurki.

Uwaga ad 2. Do otrzymania ciałek białych używaliśmy krwi ze zdrowego człowieka i o ile możności do wszystkich prób z tej samej osoby. Dla zapobieżenia krzepnięciu posługiwaliśmy się zawsze świeżym $1^1/_2$%-wym rozczynem cytrynianu sodowego. W tym celu rozpuszczaliśmy tłoczoną pastylkę $1^1/_2$-gramową cytrynianu sodowego (Parke, Davis et Co. Londyn) w 100 cm³ przekroplonej wody przegotowanej, a po rozpuszczeniu pastylki, sączyliśmy jeszcze płyn. Krew braliśmy przez nakłucie kilkakrotne lancetem ostrym dokładnie poprzednio wymytej alkoholem i eterem opuszki lewego palca średniego i wpuszczaliśmy krew kroplami do rozczynu cytrynianu sodowego na szkiełko zegarkowe. Na 3 cm³ rozczynu cytrynianu nabieraliśmy 6—8 kropli krwi.

Rozczyn miał zawsze ciepłotę ciała ludzkiego. Następnie po dokładnem wymieszaniu pręcikiem szklanym, zbieraliśmy zapomocą osobno do tego przeznaczonej zwykłej pipety całą mieszaninę do rurki szklanej w kształcie małej epruwetki (zobacz na ryc. 4), długiej na 8 cm., o średnicy 6—7 mm. i poddawaliśmy wirowaniu. Tak szkiełko zegarkowe, jak pipeta Wrighta i rurka muszą być przedtem dokładnie wymyte 25%-wym rozczynem kwasu siarkowego, wodą i $1^1/_2$%-wym rozczynem cytrynianu sodowego. Wirowanie nie powinno trwać zbyt długo, gdyż przez to ciałka białe skupiają się po kilka razem, a kształty ich tracą swą prawidłowość. Po wywirowaniu oddalamy płyn, znajdujący się ponad warstwą ciałek, zapomocą pipety włosowatej, zakrzywionej pod kątem prostym (zob. na ryc. 1) i napełniamy rurkę 0·85%-wym rozczynem NaCl, z którym trzeba dokładnie zmieszać ciałka, a następnie znowu wirujemy. Po oddzieleniu ciałek od płynu zbieramy go znowu zapomocą powyższej pipety dokładnie tak, że zostaną same ciałka krwi, na spodzie czerwone (zob. na ryc. 4, c.), na wierzchu białe (zob. na ryc. 4, b.), przedstawiające się w postaci cienkiej białawej błonki. Jednak przy wykonywaniu próby zmieszaliśmy obydwie warstwy ciałek, t. j. cały osad w rurce dokładnie i w ten sposób mieliśmy gotową mieszaninę ciałek białych z czerwonemi do dalszego użycia.

3. Zawiesina z bakteryi. (Przepis oryginalny Wrighta). »Z wyjątkiem zawiesiny z prątków gruźliczych, którą się sporządza ze zabitych, suchych, lub wilgotnych hodowli, — robi się zawiesiny ze świeżych żyjących hodowli. Laseczniki (*bacteria coliformia*) i nie barwiące się sposobem Grama ziarenkowce powinny być młode, 4—10-

godzinne, im młodsze, tem lepsze, a barwiące się sposobem Grama 24-godzinne. Do rozcieńczenia prątków gruźliczych, *micrococcus neoformans* i nie barwiących się sposobem Grama ziarenkowców służy 1·5%, do wszystkich innych 0·85%-wy roczyn soli kuchennej. Zwykle bierze się z pożywki agarowej jedno uszko hodowli i rozciera na szkiełku zegarkowem z małą ilością roczynu soli kuchennej, a przez kilkakrotne wciąganie i wydmuchiwanie zapomocą pipety włosowatej, z końcem poprzecznie uciętym, przylegającym swą płaszczyzną do szkiełka, otrzymujemy zawiesinę. Gęstość zawiesiny bywa rozmaitą; zawiesina z prątków wygląda na oko więcej mętna, aniżeli zawiesina z ziarenkowców, która lekko opalizuje. Jeżeli się wykonuje więcej prób, to należy zrobić najpierw tak zwany »Trial-Trip«, to jest próbny preparat, ażeby sprawdzić dobroć zawiesiny, która nie powinna zawierać skupionych w kępki bakteryi«.

»Do sporządzenia odpowiedniej zawiesiny z prątków gruźliczych należy użyć więcej skomplikowanej metody. Małą ilość wysuszonych, lub wilgotnych prątków, które się otrzymuje jako pozostałość przy fabrykacyi starej tuberkuliny Kocha, lub wymyte, wyjałowione prątki, pochodzące ze świeżej pożywki, rozciera się w moździerzu agatowym, z początku na sucho, następnie przy powolnem dodawaniu kropla po kropli 1·5%-wego roczynu NaCl. W ten sposób powstaje z początku pasta, później odpowiednio gęsta zawiesina, którą się zatapia w rurce szklanej i silnie wstrząsa; po odwróceniu rurki i odstawieniu jej na jakiś czas, zbiera się na dole w zatopionym końcu osad z kępek prątków. Całą tę część rurki z osadem obcina się, a w pozostałej rurce znajduje się czysta zawiesina, z której pewną ilość potrzebną do próby, wiruje się aż do lekkiego zopalizowania górnej warstwy«.

»Tę warstwę wolną od kępek prątków zbieramy zapomocą pipety i dokładnie mieszamy. Dla kontroli trzeba zrobić próbny preparat, aby się przekonać, czy zawiesina ma być rozcieńczona, czy nie«.

»Paciorkowce rozciera się w podobny sposób w moździerzu z 0·85%-wym roczynem NaCl i potem wiruje. Zwykle wystarcza silne wciąganie i wydmuchiwanie pipetą włosowatą na szkiełku zegarkowem, z następowem wirowaniem, aby porozdzierać łańcuszki paciorkowców i otrzymać dobrą zawiesinę«.

»Phagocytic count«, to jest wskaźnik fagocytowy (I. P.) powinien wynosić przy prątkach gruźliczych od 1·5—2·00 na komórkę, przy innych bakteryach nie więcej, aniżeli 3«.

Turban i Baer, którzy zajmują się tylko gruźlicą, używają do zawiesiny z prątków gruźliczych 2% roczynu NaCl, rozcierają prątki w moździerzu agatowym przy powolnem dodawaniu roczynu NaCl przez przeciąg 10 minut i po wywirowaniu zbierają górną mleczną warstwę. Jeżeli zawiesina ma służyć przez dłuższy czas, to trzeba ją, według nich, za każdym razem przed użyciem wyjałowić w kąpieli wodnej.

Strubel kładzie nacisk na dokładne wymieszanie i rozcieranie prątków w moździerzu. Poleca on, by rozcierać przynajmniej przez 2 godziny, w przeciwnym bowiem razie przy niedokładnem roztarciu znajduje się w zawiesinie dużo skupionych w kępki prątków, co z jednej strony utrudnia liczenie, z drugiej prowadzi do fałszywych wyników.

Levaditi i Inmann zaznaczają, że do zawiesiny z prątków gruźliczych nie można używać więcej zgęszczonego roczynu soli kuchennej, niż 1½%, gdyż nadmiar soli hamuje fagocytozę.

Serkowski używa hodowli; myje je wodą i roczynem soli, rozciera gruzełki między płytkami szklanemi, a następnie w moździerzu szklanym z 0·85% roczynem NaCl. Otrzymywał on nieraz tylko pozorną zawiesinę w postaci opalizującego, mętnawego płynu. W płynie tym pod mikroskopem nie znajdował zupełnie prątków, a zmętnienie i opalizacyę górnej warstwy zawiesiny odnosi do »wyługowanych części«. Przestrzega więc przed tem i radzi badać zawsze mikroskopowo górną warstwę zawiesiny. Z własnego doświadczenia musimy zaznaczyć, że przy sporządzaniu zawiesiny nie spotykaliśmy się nigdy z taką górną warstwą, pozbawioną prątków. Posługiwaliśmy się prątkami wysuszonymi. Być może, że hodowle wilgotne, trudne do dokładnego roztarcia, były powodem tego.

Busse wykazuje błędy, wynikłe przy użyciu zawiesin o rozmaitej gęstości; i tak przy zawiesinie o dużem rozcieńczeniu, gdzie wskaźnik fagocytowy wynosił 1—2, różnica błędu wynosiła średnio 15%; przy średniem I. P. (2·5—3) różnica błędu 12%, przy mniejszem rozcieńczeniu zawiesiny, a więc przy gęstszej zawiesinie tylko 7%. Jest on zdania, że najpewniejsze wyniki otrzymuje się wówczas, gdy wskaźnik fagocytowy wynosi od 4—5.

Uwaga ad 3. Do sporządzania zawiesiny używaliśmy prątków ludzkich zabitych, suchych (abgetötete, getrocknete, nicht zerriebene menschliche Tuberkelbacillen) z fabryki Meister Lucius et Brüning, Hoechst a. M., lub Merck, Darmstadt. Po odważeniu 20 mg. prątków rozcieraliśmy z początku przez jakiś czas na sucho w moździerzu agatowym, następnie po dodawaniu kroplami 1·5%-wego roczynu soli kuchennej aż do 3 cm³ płynu. Rozcieranie trwało zwykle od 20—30 minut i przekonaliśmy się, że rozcierając starannie, wystarcza zupełnie ten czas na sporządzenie odpowiedniej, wolnej od kępek prątków, zawiesiny. Następnie po przelaniu mieszaniny roztartej do rurki szklanej takiej samej, jakiej używaliśmy do mieszaniny ciałek (zob. ryc. 4), poddawaliśmy wirowaniu. W ten sposób otrzymywaliśmy na spodzie rurki osad, złożony ze skupionych prątków, ponad nim opalizującą warstwę płynną, w której znajdowały się pojedyncze prątki. Po skontrolowaniu dobroci zawiesiny przez zrobienie z niej barwionego preparatu mikroskopowego, zbieraliśmy tę górną płynną warstwę do osobnej takiej samej rurki, zatykaliśmy czystym korkiem gumowym i wstawialiśmy do lodowni. Taka zawiesina trzymała się zwykle bez zmiany przez dłuższy czas. Przy każdorazowem użyciu należy ją jednak dobrze rozmieszać nie wstrząsaniem, lecz przewracaniem i odwracaniem rurki przy zamkniętym korku, aby równomiernie rozprowadzić prątki, opadłe na dno przy dłuższem staniu. Wykonując oznaczenie opsonin, wylewamy część zawiesiny na czyste szkiełko zegarkowe, skąd naciągamy do melanżera.

4. »Surowicę patologiczną (przepis oryginalny Wrighta) otrzymuje się w ten sposób, że bierzemy trochę krwi chorego do rurki zakrzywionej (zob. ryc. 5). Otrzymanie odpowiedniej ilości surowicy, naturalnie przy wzięciu dostatecznej ilości krwi, nie sprawia żadnej trudności. W niektórych jednak przypadkach trzeba rurkę z krwią poddać wirowaniu, aby później łatwiej można zebrać surowicę. Trzeba także i na to uważać, aby nastąpiło skrzepnięcie krwi, a nie samo tylko opadnięcie ciałek, albowiem, jeżeli zamiast surowicy weźmiemy osocze, to wystąpi później w mieszaninie ciałek białych w pipecie krzepnięcie, które może zepsuć cały preparat. To wydarza się bardzo często, jeżeli w pracowni jest nizka ciepłota«.

Turban i Baer radzą brać krew równocześnie z osoby zdrowej i chorej, najlepiej rano, nim jeszcze nie nastąpi u badanych znużenie z powodu ruchów ciała. Surowicę należy zaraz użyć do próby, przez dłuższe bowiem stanie zmniejsza się w niej zawartość opsonin (według Morlanda o 3% w przeciągu 24

godzin). Światła słonecznego powinno się unikać, gdyż pod wpływem niego ulegają opsoniny bardzo łatwo rozkładowi.

Wirths używa surowicy nawet po 24 godzinach, wyrażając zgodne z Muchem i Zeisslerem zapatrywanie, że surowica pod względem zawartości opsonin nie ulega zmianie nawet po 24 godzinach.

Uwaga ad 4. Do otrzymania badanej surowicy posługiwaliśmy się rurką szklaną, o średnicy mniej więcej 3 mm., na obu końcach włosowato wyciągniętą, z jednej strony zagiętą (zob. ryc. 5). Po nakłuciu opuszki palca przystawia się do wytryskającej kropli krwi zagięty koniec rurki (ryc. 5, a.), trzymając ją pionowo, przez co z powodu skombinowanego działania z jednej strony włosowatości naczyń, z drugiej ciężkości własnej, krew spływa do rurki. Po nabraniu odpowiedniej ilości (wystarczy około 2 cm. długości rurki), zatapia się prosty koniec (ryc. 5, b.) rurki i na jakiś czas pozostawia, aby krew skrzepła. Już po pewnym czasie oddzieli się surowica, co możemy przyspieszyć zapomocą wirowania. Do wirownicy wstawiamy rurkę zatopionym końcem na dół. Chcąc wziąć surowicę do badania, odłamujemy rurkę, zrobiwszy przedtem pilniczkiem znaczek w miejscu przełamania, to jest w tem miejscu, dokąd sięga surowica swoją górną powierzchnią.

5. »Surowicę normalną z prawidłowej osoby kontrolnej otrzymuje się w podobny sposób, co surowicę badanej osoby«.

Uwaga ad 5. Nadmienić tu należy, że surowicę tę należy brać z osoby zupełnie zdrowej, u której z całą pewnością można wyłączyć schorzenie gruźlicze, czy to przebyte, czy też toczące się. Jeżeli więc po dokładnem zbadaniu nie znajdzie się nigdzie nawet podejrzenia co do jakiejś sprawy swoistej, należy się jeszcze zapewnić sposobami rozpoznawczymi, które nam służą do wykrycia dla badania niedostępnej sprawy chorobowej, a tymi są: odczyn spojówkowy Calmettea, skórny Pirqueta i wstrzyknięcie podskórne odpowiedniej ilości (1—2 mg.) starej tuberkuliny Kocha. Jeżeli dopiero te próby dadzą wynik ujemny, wówczas możemy surowicę takiej osoby uważać za normalną.

Osobą ową kontrolną powinien być mężczyzna zdrowy, prowadzący tryb życia umiarkowany, nie narażający się na żadne wysiłki fizyczne. Każde bowiem wykroczenie od prawidłowego sposobu życia powoduje zmianę fagocytozy. Kobiety nie nadają się na osoby kontrolne z powodu miesiączkowania, podczas którego zachodzą pewne wahania w fagocytozie.

Przy obliczaniu opsonin w celach czy to rozpoznawczych, czy rokowania, czy wreszcie leczniczych, tam, gdzie u tego samego chorego przeprowadzamy szereg obliczeń, należy stale używać surowicy normalnej jednej i tej samej osoby, lub też mieszaniny surowic prawidłowych jednych i tych samych osób.

6. »Wskaźnik opsoninowy dla gruźlicy oblicza się (przepis Wrighta) zapomocą liczb średnich z rozmaitych fagocytowych wskaźników prawidłowych, które uzyskuje się z zestawienia dwóch, lub więcej surowic prawidłowych. Przeważna część innych wskaźników opsoninowych oblicza się zapomocą porównania wskaźnika fagocytowego zmieszanych surowic prawidłowych (Pool-Serum, Standard-Serum), które otrzymuje się przez zmieszanie czterech, lub więcej surowic prawidłowych«. (Dok. nast.).

Z kliniki medycznej Uniw. Jagiellońskiego.

Wyniki rozpoznawcze i lecznicze, otrzymane w schorzeniach kiłowych, przy kierowaniu się odczynem Wassermann-Neisser-Brucka.

Podali
Prof. W. Jaworski i Dr. St. Łapiński.

(Ciąg dalszy).

c) Dopełniacz (aleksyna, Komplement).

Ze względów praktycznych stale w użyciu jest dopełniacz z krwi świnki morskiej.

O ile surowicy świnki potrzebna była większa ilość, wytaczano krew zwierzęciu w uśpieniu eterowem; o ile liczba surowic do badania była niewielka, braliśmy krew wprost z serca świnki morskiej, nakłuwając igiełką Pravatza klatkę piersiową po stronie lewej w odległości mniej więcej 4 cm. od mostka, który to zabieg, o ile wykonany zręcznie i ze skutkiem za jednem nakłuciem, zwierzę zupełnie dobrze znosi i pozostaje przy życiu do powtórnego użycia.

Krew, w ten lub poprzedni sposób otrzymaną, zostawiamy na 30 minut w ciepłocie pokojowej, potem oddzielamy skrzep od ścian naczynia zapomocą drucika platynowego i czekamy oddzielenia się surowicy, którą zbieramy, i o ile mętnawa, wirujemy. Warunkiem nie koniecznym, ale ważnym ze względu na jasność wyniku — to zebranie surowicy przeźroczystej, jasnej; dlatego należy zabijać zwierzę, kilkanaście godzin przed zabiegiem głodzone.

Surowica w rozcieńczeniu 1:10 służy do dalszego doświadczenia. Wszyscy autorowie przestrzegają, by posługiwać się dopełniaczem możliwie świeżym. Na ten warunek zwracaliśmy uwagę, choć przyznać musimy, że dopełniaczem zachowanym w lodowni zupełnie bez zamrażania (Frigo-komplement) do 60 godzin jeszcze operować można.

Najważniejszym warunkiem, by odczyn uważać za udały i pewny, jest zestawienie systemu hemolitycznego. O ile dwuchwytnika, czy dopełniacza dodamy za wiele, może powstać hemoliza w odczynie WNB i przy

	1	2	3	4	5	6
Dwuchwytnik	0·5	0·4	0·3	0.2	0·1	0·05
Dopełniacz	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5
Krwinki barana	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5	0·5
Rozczyn 0·85% Na Cl	1·0	1·1	1·2	1·3	1·4	1·5
Wynik po 20 minutach*)	h	h	h	h	h	o

*) h znaczy hemolysis = zupełne rozpuszczenie krwinek czerwonych, płyn jasno różowy zupełnie jasny, po odstaniu lub wirowaniu osadu żadnego nie daje.

o = brak hemolysis. Płyn w rurce odczynnikowej różowawy mętny; po odstaniu lub wirowaniu bezbarwny, przeźroczysty, w dole osad z krwinek czerwonych.

niesprzyjających warunkach, dając rozpuszczenie zupełne krwinek czerwonych tam, gdzie go być nie powinno. Prace Morgenrotha i Sachsa wykazują, że ilości dwuchwytnika i dopełniacza są do pewnego stopnia od siebie zależne, to znaczy, że przy większej ilości dwuchwytnika potrzebna jest mniejsza ilość dopełniacza i naodwrót. System hemolityczny zestawiamy w ten sposób, że ustawiamy szereg rurek o średnicy 3—4 cm, do których, posługując się np. 2·5 cm. płynu, dodajemy (vide schemat) stałą ilość dopełniacza 0·5 rozczynu 1:10 i coraz mniejsze ilości dwuchwytnika; ciałek czerwonych ilość wszędzie jednakowa, t. j. 0·5 cm. 5% zawiesiny.

Rurki wstawiamy do cieplarki i następnie po 20 minutach odczytujemy wynik. Tu istnieją znów różnice zapatrywań co do użycia ilości hemolizującej dwuchwytnika. Jedni autorowie (Ballner i Decastello) używają ilości najmniejszej, jeszcze rozpuszczającej, hemolizującej (według schematu, odpowiadającej rurce 5), inni (Citron) podwójnej, jeszcze inni potrójnej (Meyer). Zależnie od użytej ilości dwuchwytnika mogą wystąpić pewne różnice w samym odczynie po dodaniu surowicy kiłowej, to znaczy rurka, w której przy ilości potrójnej dwuchwytnika (w schemacie rurka Nr 3) wystąpiła zupełna hemoliza po dodaniu surowicy, przy użyciu ilości podwójnej, a tembardziej najmniejszej dwuchwytnika może dać zahamowanie mniej lub więcej wyraźne.

My używaliśmy stale potrójnej ilości dwuchwytnika (rurka nr 3 w schemacie), w odczytywaniu jednak systemu odczynu byliśmy pewniejsi i surowice z zahamowaniem mniejszem, niż zupełne, uważaliśmy za kiłowe.

»Jeżeli ilość przeciwciała (anticorps) w surowicy kiłowej jest za mała do odchylenia dopełniacza i na podstawie hemolizy surowica kiłowa będzie uważana za zdrową, mniejszy to błąd, niż gdyby surowicę zdrową, która ewentualnie przy mniejszej ilości dwuchwytnika mogłaby dać zahamowanie — uważać za kiłową« (Meyer).

Przypuśćmy, że ostatnie wyraźne rozpuszczenie krwinek nastąpiło w rurce 5-ej (0·1 dwuchwytnika po 20 minutach przy 37° C), to w doświadczeniu własnem użyjemy ilości 0·3 dwuchwytnika, w schemacie odpowiadającej rurce 3.

Mając w ten sposób przygotowane odczynniki, przystępujemy do właściwego doświadczenia.

Wykonanie odczynu Wassermanna-Neisser-Brucka.

Od początku naszej pracy posługujemy się schematem kliniki wrocławskiej, który tu zamieszczamy, z tą różnicą, że wypełniamy rurkę stale 2·5 płynu, to jest w połowie ilości, używanej we wrocławskiej pracowni. Poszczególne płyny nabiera się pipetkami na $^1/_{100}$ dokładnie kalibrowanemi.

Sam odczyn poprzedza 5 rurek kontrolnych (1—5) a to:

1 rurka: Rozczyn fizyologiczny Na Cl w ilości 2 cm. i 0·5 ciałek baranich dla stwierdzenia izotonii płynu; niema hemolizy.

2 rurka: System hemolityczny; ma być hemoliza.

3 rurka: Kontrola z surowicą zdrową pewną; ma być hemoliza.

4 rurka: Kontrola z surowicą kiłową pewną; nie ma być hemolizy.

5 rurka: Wywoływacz w ilości podwójnej (1 cm³) dla stwierdzenia, czy ilość ta nie działa hamująco; ma być hemoliza.

6 rurka: Właściwy odczyn surowicy badanej, najważniejszy; niema hemolizy.

	Rozczyn 0·85% Na Cl	Wywoływacz (Antigen)	Kontrol. surow. zdrowa	Kontrol. surow. kiłowa	Surowica badana	Dopełniacz (aleksyna)	Dwuchwytnik (amboceptor)	Krwinki czerwone barana	Wynik
1	2							0·5	o
2	1·2					0·5	0·3	0·5	h
3	0·2	0·5	0·5			0·5	0·3	0·5	h
4	0·2	0·5		0·5		0·5	0·3	0·5	o
5	0·2	1				0·5	0·3	0·5	h
6	0·2	0·5			0·5	0·5	0·3	0·5	o (wynik dodatni próby)
7	0·7	0·25			0·25	0·5	0·3	0·5	o (wynik dodatni próby)
8	0·2	0			1	0·5	0·3	0·5	h (wynik dodatni próby)
6	0·2	0·5			0·5	0·5	0·3	0·5	h (wynik ujemny próby)
7	0·7	0·25			0·25	0·5	0·3	0·5	h (wynik ujemny próby)
8	0·2	0			1	0·5	0·3	0·5	h (wynik ujemny próby)

7 rurka: Odczyn w ilościach wywoływacza i surowicy o połowę mniejszych (0·25 cm); odczyn ściślejszy, który i mniejszą ilość przeciwciała zdoła wykazać. Tylko w przypadkach silnie hamujących przychodzi do hemolizy.

8. Surowica badana w ilości podwójnej (1 cm³) dla sprawdzenia, czy surowica sama przez się nie wiąże dopełniacza (nie hamuje hemolizy). W miarę bowiem zbadania większej liczby surowic okazało się, że są pewne surowice t. zw. samozwrotne (autotrope Sera), które wiązać mogą dopełniacz same przez się, bez dodania wywoływacza i tym sposobem wprowadzić nowe zamieszanie w już i tak dość skomplikowane warunki. Przed błędem tym chroni właśnie wspomniana ósma rurka, w której prawidłowo i w surowicach zdrowych i kiłowych ma nastąpić hemoliza.

Sposób postępowania i porządek badania jest następujący:

Akt I. Przygotowujemy naprzód rozczyn soli kuchennej i dodajemy w ilości 2 cm³ do rurki 1 (zob. schemat II); ilość soli fizyologicznej w następnych rurkach zależeć będzie od ilości zużytego dwuchwytnika a więc: 0·1, 0·2, 0·3,

0·4, gdy ilość dwuchwytnika 0·4, 0·3, 0·2, 0·1 cm. W rurce 7 nadto stale 0·5 cm. Na Cl więcej z powodu po 0·25 cm. mniej użytej ilości i wywoływacza i surowicy.

Akt II. Dodanie wywoływacza (antigen), u nas w roztczynie 1:5 antigen A i 1:7 antigen M w ilościach w schemacie uwidocznionych.

Akt III. Dodanie surowic pewnych kontrolnych: do rurki 3 surowicy zdrowej i do 4 surowicy kiłowej w ilości 0·5 cm. z rozcieńczenia 1:5.

Akt IV. Dodanie surowicy badanej (zobacz schemat II) do właściwej rurki odczynnikowej 6 w ilości 0·5 cm. z rozcieńczenia 1:5. Z tegoż samego rozcieńczenia 0·25. do rurki 7; wreszcie 1 cm, to jest ilość podwójna do rurki 8 (bez antigenu).

Akt V. Dodanie dopełniacza (aleksyny) wszędzie z wyjątkiem rurki 1 w stałej ilości 0·5 cm. z rozcieńczenia 1:10.

Akt VI. 1) Wymieszanie dokładne pręcikiem szklanym lub spiralnie skręconym drucikiem platynowym cieczy w rurkach zawartej, wypalając go po wymieszaniu każdej rurki; 2) wstawienie co najmniej na 30 minut do cieplarki.

Akt ten ważny, gdyż jeżeli się tego nie przestrzega i pracuje szybko, bez wstawienia do cieplarki rurek po dodaniu dopełniacza, to może nie nastąpić połączenie tych dwóch ciał (wywoływacz i niwecznik) i dopełniacz może pozostać w systemie hemolitycznym, dając rozpuszczenie krwinek jako wynik ostateczny w pewnej surowicy kiłowej. Dlatego czas 30 minut przy 37° C uważamy za najmniejszy przeciąg czasu konieczny do doświadczenia.

Następuje dalszy ciąg wykonania odczynu. Akt VII. Po wyjęciu z cieplarki dodajemy jeszcze 2 ciała, do hemolizy niezbędne, t. j. dwuchwytnik w ilości, jaką otrzymaliśmy w doświadczeniu wstępnem i ciałka baranie wszędzie w ilości stałej, 0,5 cm 5% zawiesiny. Niektórzy autorowie (M. Stern z Wrocławia) radzą oba ciała mieszać ze sobą i dodawać jako mieszaninę gotową: rozczyn dwuchwytnika z ciałkami czerwonemi. W pracowni naszej nie przestrzegamy tego i dodajemy osobno tak dwuchwytnika, jak i krwinek. Sama technika skończona. — Akt VIII. Pozostaje wstawienie rurek odczynnikowych ponownie do cieplarki na 1—1½ godziny. Tu znów różnią się zapatrywania tak, że sądu stałego w tej sprawie wyrobić sobie nie można. Z doświadczenia własnego powiedzieć możemy, że są surowice, dające odczyn ujemny, które hemolizują łatwiej i szybciej, niźli kontrolna, t. j. rurka 3. Wynikałoby z tego, że czas potrzebny do rozpuszczenia krwinek z surowicą zdrową, co średnio w 20—25 minut się odbywa, wystarcza zupełnie; kierując się jednak uwagami innych autorów, zatrzymujemy rurki dłużej; w ostatnich czasach ograniczyliśmy czas w ten sposób, że po rozpuszczeniu płynu w rurce 3. zostawiamy odczyn na 1 godzinę, śledzimy przebieg odczynu, (który też w różnych surowicach rozmaicie szybko przebiega, zwłaszcza w surowicach kiłowych pod wpływem swoistego leczenia) i uważamy po 1 godzinie od rozpuszczenia rurki 3. odczyn za skończony. Rurki odczynnikowe należy wstawić do lodowni. (Dok. nast.).

O powietrzu w pokoju a na werandzie.

Podali

Prof. W Jaworski i Dr. B. Korolewicz.

(Dokończenie).

Wykazywaliśmy obecność ozonu w Krakowie w maju 1908 w gmachu klinicznym (w kancelaryi), za oknem i w ogrodzie klinicznym w cieniu. Papierki pozostawione przez 24 godzin w pokoju i za oknem pozostały nie zabarwione. W ogrodzie zabarwiły się zaledwie na brzegach bladofiołkowo. Powtórzenie tych samych doświadczeń 13. VII. 1909 dało ten sam wynik.

Podobnie wystawialiśmy papierki w Krakowie przy ul. Pijarskiej w październiku 1908 r. w mieszkaniu pierwszego piętra, wewnątrz i za oknem, jakoteż w cieniu w rozmaitych miejscach na plantach krakowskich. Wynik był ten sam, co i poprzednio. W mieszkaniu i za oknem papierki zostały niezmienione. Na plantacyach tylko niektóre zabarwiły się blado fiołkowo zaledwie na brzegach, jak to przedstawiamy.

Wogóle więc w Krakowie w tym czasie ozonu w powietrzu śródmiejskiem nie było.

We wrześniu 1908 wystawiliśmy papierki w Krynicy w willi pod Wisłą, na piętrze w mieszkaniach próżnych i zajętych, przy oknach na noc zamkniętych i otwartych, a równocześnie: za oknami, na otwartej werandzie pierwszego piętra, w ogrodzie willi i w lesie szpilkowym krynickim, służącym na przechadzki publiczności. Kilkakrotnie powtarzane doświadczenia wykazały: W mieszkaniach próżnych i zajętych tak przy zamkniętych, jak i otwartych oknach, nie było ani śladu zabarwienia papierków, słaby ślad za oknami; wyraźne zabarwienie fiołkowe, zwykle całego papierka, pojawiało się na werandzie, niebieskie w ogrodzie, a ciemno-niebieskie w lesie (demonstracya).

W Zakopanem przy Kuźnicach, w willi Adasiówka, otoczonej lasem szpilkowym, wykonaliśmy podobne badanie w ten sam sposób, co powyżej. Wyniki okazały się następujące: W pomieszkaniu zajętem przy zamkniętych oknach okazał się ślad zabarwienia fiołkowego na brzegach papierków, tuż za oknem było ono wyraźne, w ogrodzie willi papierki były ciemno-fiołkowe, w otaczającym lesie szpilkowym ciemno-niebieskie, a w lesie poblizkim koło młyna papierowego prawie czarne (demonstracya).

Powietrze w okolicy Kuźnic okazało się mocno ozonem nasycone. W pobliżu młyna papierowego już w odległości 200 metrów odczuwa się silną woń ozonu, przypominającą chlor. Tam wytwarza się ozon przy spadaniu wody na koła młyńskie i przy miażdżeniu drzewa na masę papierową. Jest to istna wziewalnia ozonu.

Z naszych nielicznych doświadczeń wynika, że powietrze w mieszkaniach, a na werandach jest odmienne, na zewnątrz mieszkań jest ono czyściejsze. Dlatego werandowanie ma swoje uzasadnienie. Otwieranie okien nie wystarcza, aby skład powietrza w mieszkaniu zrównać z powietrzem zewnętrznem, a czasem może być takie przewietrzanie niepożądane, gdyż wywołuje w mieszkaniu wiry powietrza, które unoszą w powietrze pył, a z nim bakterye z przedmiotów i ścian. Dostanie się zarazków do dróg od-

dechowych jest przez to ułatwione. Najczystszem, a właściwie »najświeższem« zdaje się być powietrze w lasach szpilkowych. Jego korzystne działanie w chorobach płucnych znane było od najdawniejszych czasów; jest ono głównym czynnikiem leczniczym dzisiejszych leśnych stacyi klimatycznych.

Byłoby też bardzo pożądanem, aby miasta zamiast drzew liściastych wszędzie, gdzie to tylko możliwe, obsadzały place i najbliższe okolice drzewami szpilkowemi. Drzewa szpilkowe pozostają przez cały rok zielone, nietylko przyczyniają się do upiększenia i ozdoby w porze zimowej, ale wytwarzając żywicę i olejki aromatyczne, przyczyniają się do powstawania ozonu, oczyszczenia i orzeźwienia zanieczyszczonego powietrza miejskiego, a przez to i do korzystnego działania na drogi oddechowe.

Z naszych spostrzeżeń wynika, że w r. 1908 w miesiącach letnich w Krakowie nie było ozonu, w Krynicy i w Zakopanem znajdował się obficie i to w widocznie większej ilości w Zakopanem, niż w Krynicy.

Z kliniki medycznej pod kierownictwem Prof. W. Jaworskiego w Krakowie.

Kliniczne i doświadczalne badania nad zachowaniem się substancyi antytryptycznych w surowicy krwi ludzkiej.

Podali

Docent Dr Erwin Mięsowicz asystent kliniki. i **Dr. Adam Maciąg** praktykant kliniki.

(Dokończenie).

Brieger i Trebing, których prace zwróciły baczniejszą uwagę na znaczenie substancyi antytryptycznych w surowicy krwi, twierdzą, że wytwarzanie się większych ilości substancyi antytryptycznych jest odczynem na charłactwo ustroju. Zapatrywanie swe popierają ci autorowie spostrzeżeniami własnemi oraz innych badaczy, wykazującemi wzmożenie siły antytryptycznej surowic krwi w przypadkach raka. Na zapatrywanie to nie można się jednak bezwzględnie zgodzić, gdyż liczniejsze badania surowic krwi wykazują niejednokrotnie wzmożenie siły antytryptycznej w chorobach i u chorych, nie okazujących ani śladu charłactwa, jak n. p. w naszych przypadkach choroby Basedowa. Przeciwnie zaś niekiedy nie stwierdzaliśmy wzmożenia siły antytryptycznej w surowicy krwi u chorych, okazujących wyraźne charłactwo, jak n. p. w cukrzycy, białaczce.

Czy substancye zawarte w surowicy krwi, a hamujące działanie trypsyny są wobec trypsyny nieswoiste, czy też są wytworem, powstającym pod wpływem swoistego działania fermentu tryptycznego, a więc przyrody takiej, jak znane z nauki o odporności ustroju niweczniki, dotąd odpowiedzieć nie można. Achalme, Bergman i Barnbery wzmagali wprawdzie siłę antytryptyczną surowic krwi świnek i psów przez wstrzykiwanie rozczynów trypsyny do żył lub otrzewnej.

Nasze badania, w tym kierunku przeprowadzone, a kontrolowane metodą Grossa—Fulda, nie dały jednoznacznych wyników. Wstrzykiwaliśmy 6 królikom, 6 świnkom morskim, oraz jednej gęsi śródżylnie i śródotrzewnie rozczyny 5% trypsyny (firmy Grüblera). Wstrzykiwania dokonywano u jednej pary zwierząt codziennie, u drugiej co 5 dni, u trzeciej co 10 dni; gęsi wstrzykiwaliśmy 5 razy co 3 dni rozczyn trypsyny. Zwierzęta, którym wstrzykiwano rozczyn trypsyny codziennie, otrzymały jedne po 5 wstrzykiwań, drugie po 10 wstrzykiwań; zwierzęta, którym wstrzykiwano rozczyn trypsyny co 5 dni, otrzymały jedne po 5, drugie po 12 wstrzykiwań. Zwierzęta zaś, którym wstrzykiwano rozczyn trypsyny co 10 dni, otrzymały po 6 wstrzykiwań.

Badania surowicy krwi tak przygotowanych zwierząt dokonywaliśmy w ten sposób, że do badań używaliśmy krwi upuszczanej nie tylko w różnych odstępach czasu od chwili wstrzykiwania, ale i po różnych ilościach wstrzykiwań.

Nigdy nie stwierdziliśmy w surowicy krwi żadnego z naszych królików wzmożenia siły antytryptycznej. Tak samo nie stwierdziliśmy tego objawu w surowicy krwi gęsi.

U świnek morskich stwierdziliśmy zaś przeciwnie znaczne (w dwójnasób) wzmożenie siły antytryptycznej surowicy. Wzmożenie to stwierdziliśmy jednak tylko u zwierząt, u których upuszczaliśmy krew w 24 lub 48 godzin po wstrzykiwaniu trypsyny. Ani w 12 godzin po wstrzykiwaniu rozczynu trypsyny, ani też po 3 dniach od chwili wstrzykiwania, nie wykazywaliśmy w surowicy krwi świnek wzmożenia siły antytryptycznej. Wzmożenie siły antytryptycznej występowało dopiero po 2-giem lub 3-ciem wstrzyknięciu, a po dalszych wstrzyknięciach już nie wzrastało.

Doświadczenia nasze, Achalma (sprawdzane inną metodą) i Bergmana nasuwają przypuszczenie, że własności antytryptyczne surowicy krwi są następstwem podobnych odczynów biologicznych, jak powstawanie niweczników (Antikörper). Za możliwością takiego stanu rzeczy przemawiają następujące okoliczności: 1) Siła antytryptyczna nie jest zależną od ilości białka w surowicy krwi; 2) siła antytryptyczna surowicy niknie po ogrzaniu jej do 56°; 3) surowice prawidłowe działają zupełnie analogicznie hamująco na siłę tryptyczną odpowiednich rozczynów, jak surowice, wzmocnione pod względem działania antytryptycznego przez wstrzykiwania trypsyny; 4) działanie tych surowic jest swoiste na ferment tryptyczny.

Przytoczone okoliczności wystarczałyby do uzasadnienia zapatrywania, że powstawanie w surowicy krwi substancyi, okazujących działanie antytryptyczne, jest odczynem ustroju podobnej przyrody, jak wytwarzanie się niweczników. Przeciw takiemu zapatrywaniu przemawia tylko spostrzeżenie, że wzmożenie siły antytryptycznej surowicy krwi po wstrzykiwaniu trypsyny występuje bardzo szybko, już w 24 godzin po wstrzykiwaniu i że dalsze wstrzykiwania tej własności surowicy krwi nie wzmagają. Jak zaś wiadomo, to zjawienie się niweczników w surowicy krwi w przebiegu uodporniania ustroju nie występuje tak szybko. Być może jednak, że wytwarzanie się istot obronnych wobec proteolitycznego działania fermentów podlega innym prawidłom.

Ponieważ Jochman i Kantorowicz przytoczyli pewne dowody na tożsamość antytryptycznego działania surowicy krwi i fermentu antyleukocytowego, postanowiliśmy podobnie, jak zapomocą rozczynu trypsyny, tak zapomocą zawiesiny krwinek białych człowieka wywołać wzmożenie

antytryptycznego działania w ustroju zwierzęcym. W tym celu wstrzykiwaliśmy śródotrzewnie dwom królikom i dwom świnkom morskim zawiesinę leukocytów (złożoną przeważnie z krwinek białych wielojądrzastych) ludzkich. Zawiesinę zaś uzyskiwaliśmy przez odwirowanie krwi, okazującej znacznie zwiększoną ilość krwinek białych (leukocytozę), lub też z krwi białaczkowej. Jedną czwartą część cm sześciennego osadu krwinek białych uzyskanego w wirownicy (wykonującej około 3000 obrotów na minutę), po 5 minutach wirowania, rozpuszczaliśmy w 5 cm^3 0·85% rozczynu soli, i tę jednorazową ilość wstrzykiwaliśmy zwierzętom. Wstrzykiwania powtarzaliśmy kilkakrotnie, w sposób, podany przy wstrzykiwaniach trypsyny.

Ani w surowicy krwi królików, ani też świnek, nie stwierdziliśmy, upuszczając krew w porach i odstępach czasu, przytoczonych przy doświadczeniach z trypsyną, nigdy wzmożenia siły antytryptycznej surowicy krwi zwierząt badanych.

Spostrzeżenia nasze, uzyskane przy wstrzykiwaniu zwierzętom krwinek białych, z jednej strony nie przemawiają za powyżej przytoczonem zapatrywaniem Jochmana i Kantorowicza, z drugiej zaś strony wykazują, że rozpad leukocytów, przynajmniej w ustroju zwierzęcym, nie wywołał wzmożenia siły antytryptycznej surowicy krwi. Do ostatniego tego spostrzeżenia powrócimy później.

Wobec możliwości, że powstawanie fermentu antytryptycznego jest sprawą biologiczną, analogiczną do tworzenia się niwęczników w przebiegu sztucznego uodporniania ustroju, nasuwa się pytanie, co jest w ustroju ludzkim bezpośrednim bodźcem wywołującym te odczyny.

W pierwszym rzędzie należałoby przypuszczać, że trzustka względnie jej wydzielina odgrywa w tej sprawie ważną rolę. Szczególniej przemawia Ambard za takiem zapatrywaniem; twierdzi on, że w rakach żołądka dlatego napotykamy wzmożoną siłę antytryptyczną surowicy krwi, gdyż trzustka wydziela znaczniejsze ilości soku trzustkowego jakoby w zastępstwie upośledzonej czynności wydzielniczej żołądka.

Zapatrywanie to jest błędne, jak to nasze spostrzeżenia wykazują, Oznaczaliśmy bowiem w stolcach chorych na raka żołądka, oraz w stolcach ludzi zdrowych zawartość fermentów proteolitycznych (trypsyny). Do doświadczeń tych, które jeszcze nie są ukończone i w innem miejscu mają być opisane, używaliśmy przesączów stolców, których zawartość co do fermentów tryptycznych oznaczaliśmy metodą kazeinową Grossa — Fulda. Kilkakrotne badania, w powyższy sposób wykonane, wykazały że w przypadkach raka żołądka nietylko ilość fermentów proteolitycznych w stolcach nie jest wzmożoną, lecz także, że wogóle nie można wykazać ściślejszego związku pomiędzy zawartością fermentów tryptycznych w stolcach, a antytryptycznych w surowicy krwi.

Wspomnieć tutaj musimy o wpływie podawania przetworów organoterapeutycznych na zachowanie się siły antytryptycznej surowicy krwi odpowiednich chorych. Chorym, których surowica krwi okazywała wysokie wartości antytryptyczne, podawaliśmy pankreon lub też pankreatynę (Rhenania) po 0·50 gr trzy razy dziennie. Po dwóch lub trzech dniach zażywania tych przetworów, wykazywało badanie surowicy krwi tych chorych znaczne obniżenie siły antytryptycznej. W ciągu dalszego podawania tych przetworów, nawet w dawkach zdwojonych, nietylko nie można było stwierdzić dalszego obniżenia siły antytryptycznej, ale nawet wracała ona zwolna do dawnego stanu. Podobne spostrzeżenia przytoczyli Brieger i Trebing. Zjawisko to wytłómaczyć chyba można tem, że przez nagłe doprowadzenie do ustroju pewnej ilości fermentów tryptycznych część istot antytryptycznych w surowicy krwi zostaje związana, aż do czasu, gdy ustrój wzmożony produkcyą przywróci poprzednią siłę antytryptyczną surowicy.

Niektórzy autorowie sądzą, że wzmożenie siły antytryptycznej krwi jest odczynem ustroju na ferment, powstający z rozpadających się w większej liczbie krwinek białych (Jochman, Bittorf, Wiens, Landois). Z zapatrywaniem tem w zupełności pogodzić się nie można. W pierwszym rzędzie przemawiają przeciw takiemu zapatrywaniu spostrzeżenia kliniczne. Stwierdzaliśmy bowiem wzmożenie siły antytryptycznej surowicy krwi w takich przypadkach chorobowych, w których badanie krwi wykazywało stałe zmniejszenie liczby krwinek białych, jak n. p. w durze brzusznym, lub brak zwiększenia się ilości krwinek białych, jak w chorobie Basedowa itd. Wobec zaś takich spostrzeżeń klinicznych nie można już wzmożonej leukocytozy w zapaleniu płuc włóknikowem lub też w zakażeniu septycznem uważać za jedyne źródło, wywołujące wzmożenie siły antytryptycznej surowicy krwi. Również spostrzeżenia doświadczalne, dokonane przez nas na zwierzętach, nad zachowaniem się surowicy krwi po wstrzykiwaniach zawiesiny leukocytów, opisane powyżej, stwierdzają, że wprowadzenie do ustroju krwinek białych względnie fermentów w nich zawartych, nie podnosi siły antytryptycznej surowicy krwi.

Wobec tego, że ani w działaniu trzustki, ani też w działaniu krwinek białych i ich fermentów nie możemy upatrywać przyczyny, bez zarzutu uzasadniającej wzmaganie się istot działających antytryptycznie w surowicy krwi; musimy się rozejrzeć za innymi czynnikami, któreby nam sprawę tę wyjaśniły. Przychodzi nam tu z pomocą spostrzeganie kliniczne. To wykazuje, że wzmożenie siły antytryptycznej prawie stale występuje w sprawach, w których następuje szybkie wyniszczenie ustroju, jak w raku, chorobach gorączkowych, chorobie Basedowa. Wyniszczenie to nie wiedzie jednak koniecznie do charłactwa (Basedow-Pneumonia).

Dla wyjaśnienia sprawy wspomnimy tu o chorobie Basedowa. Jak wiadomo, w chorobie tej powstaje wśród innych objawów wzmożony rozpad białka w następstwie zatrucia ustroju wzmożonymi i zmienionymi wytworami gruczołu tarczowego. W przebiegu wszystkich spostrzeganych przez nas przypadków choroby Basedowa stwierdzaliśmy zawsze wyraźne wzmożenie siły antytryptycznej. Sądzimy zatem wobec tego, że toksyczne i w pewien sobie właściwy sposób rozpad białka ustroju wywołujące działanie gruczołu tarczowego, jest przyczyną odczynu ustroju na ten wpływ ujemny. Objawia się zaś odczyn ten wzmożonem wytwarzaniem istot antytryptycznych.

Że zapatrywanie to, przynajmniej co do choroby Basedowa, jest słuszne, wynika z dwóch naszych spostrzeżeń. U dwóch chorych, którym z innych powodów podawano przetwory gruczołu tarczowego (Tabloid B. and W.) przez

czas dłuższy, stwierdzono wyraźne wzmożenie siły antytryptycznej surowicy krwi.

Opierając się na spostrzeżeniach uzyskanych w chorobie Basedowa, sądzimy, że także i w innych stanach chorobowych, jak n. p. w raku, chorobach gorączkowych itd., pewne swoiste działanie nieznanych nam fermentów, wywołujących rozpad białka ustroju, jest przyczyną powstawania sił działających przeciwzaczynowo, jako wyraz obrony ustroju.

W końcu wspomnieć należy o wzmożeniu siły antytryptycznej surowicy krwi w ciąży. Spostrzegaliśmy je kilkakrotnie i prawie stale. Nie posiadając w tym kierunku własnych badań, przytaczamy spostrzeżenia Gräfenberga. Autor ten wykazał, że kosmki kosmówki okazują działanie podobne do trypsyny. Ścisły związek między ustrojem matki a jajem płodowem umożliwia przechodzenie substancyi tryptycznych z płodu do ustroju matki, a przez to wywołuje odczyn w tym ustroju, ujawniający się wzmożeniem siły antytryptycznej surowicy krwi.

Zestawiając wszystkie przez nas dokonane spostrzeżenia, możemy wypowiedzieć zdanie:

Oznaczanie siły antytryptycznej surowicy krwi ludzkiej ma względne znaczenie rozpoznawcze.

Za przyczynę wzmagania się siły antytryptycznej surowicy krwi najprawdopodobniej należy przyjąć działanie różnych i nieznanych nam dotąd zaczynów, powodujących w pewien swoisty sposób rozpad białka ustroju żywego*).

Piśmiennictwo. 1) Ascoli i Bezzola. Berliner klinische Woch. 1903 Nr 17. — 2) Achalme. Annales Pasteur 1900. — 3) Ambard. Semaine medicale 1908 Nr 45. — 4) Bergmann i Mayer. Berliner klin. Woch. 1908 Nr 37. — 5) Brieger i Trebing. Berliner klin. Woch. 1908 Nr 22, 29. — 6) Bergman i Bamberg. Berliner klin. Woch. 1908 Nr 30. — 7) Bittorf. Deutsches Archir. für klinische Med. Bd. 91. 8) Camus und Gley. Compt. rend. Soc. Biol. 1897. (Podług Virchowa i Hirscha). — 9) Delezenne. Compt. rend. Soc. Biol. 1901 i 1902((Podług Virchowa-Hirscha). — 10) Fermi i Pernossi. Zeitschrift für Hygiene Bd. 18. — 11) Gräfenberg. Münchener med. Wochenschrift 1909 Nr 14. 12) Hahn. Berliner klin. Woch. 1897. — 13) Jochmann i Kantorowicz. Münchener med. Woch. 1908. — 14) Jochmann i Müller. Münchener med. Woch. 1906 Nr 29 i Nr 31. — 15) Kolaczek. Münchener med. Woch. 1907 Nr 8. — 16) Landois. Berliner klin. Woch. 1909 Nr 10. — 17) Markus. Berliner klin. Woch. 1908 Nr 14. — 18) Wiens. Deutsches Archiv. für klin Med. 1907 Bd. 91 i Zentralblatt für innere Medizin 1907 Nr 38.

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie pod kierownictwem Prof. W. Jaworskiego.

Autoseroterapia w surowiczo-włóknikowem zapaleniu opłucnej.

Podał

Dr Stanisław Szurek,

asystent kliniki.

(Dokończenie).

Jak z powyższego wynika, metodę Gilberta i Fedego stosowała klinika krakowska w 9 przypadkach. Jeden z nich (Nr VII.) była to białaczka, powikłana wysiękiem opłucnym, osierdziowym i otrzewnym, reszta (8) przypada na wysięki surowiczo-włóknikowe przyrody wyłącznie prawie gruźliczej. Co do rozmiarów, jedne wypociny były małe, t. j. sięgały mniejwięcej do kąta dolnego łopatki (Nr IV. i VIII.), jeden był średnich rozmiarów, t. j. nie przekraczał szczytem łopatki (Nr I.), reszta — a tych była większość — były to wysięki znaczne, dochodzące do kąta górnego łopatki (Nra II., III., V., VI. i IX.); z tych dwa (Nra V. i IX.) były ze wszystkich największe. Co do czasu powstania, to wszystkie były wysiękami już starszej daty, stałymi, nienarastającymi, z wyjątkiem jednego (Nr VIII.), który był świeży. Autoseroterapię stosowaliśmy zazwyczaj co 3. dzień, wyjątkowo co 2. lub co 2. i 3., oczywiście zachowując pewne, jednak nie nadzwyczajne ostrożności, to jest myjąc skórę mydłem i eterem, czasem i sublimatem, a unikając nalewki jodowej ze względu na nieprzyjemne wypryski, i wygotowując za każdym razem strzykawkę aspiracyjną. Płyn świeży, każdorazowo przez nakłucie wydobyty z worka opłucnego bez wyjmowania igły, tylko przez cofnięcie i skierowanie poziome, wstrzykiwaliśmy podskórnie na miejscu wkłucia, a tylko w jednym przypadku białaczki wydobywaliśmy go z worka otrzewnego i wprowadzaliśmy pod skórę ramienia. Co do ilości płynu wstrzykniętego, to tylko w jednym przypadku (Nr I.) trzymaliśmy się przepisu Gilberta, i wstrzykiwaliśmy przez cały czas po 1 cm³, w 3 (Nra II., III. i VII.) początkowo stosowaliśmy 1 cm³, a później 2 cm³, w reszcie z reguły wstrzykiwaliśmy od początku po 2 cm³. Najmniejsza ilość wstrzyknięć zrobionych wynosiła 2 (Nr IV.); największą, bo 10, zrobiliśmy w 2 przypadkach wysięków największych rozmiarów (Nra V. i IX.), w reszcie przypadków ilość wahała się między 6, a 7. Przed pierwszem nakłuciem zasadniczo wykonywaliśmy nakłucie próbne dla przekonania się o jakości płynu wydobytego, który zazwyczaj poddawaliśmy ścisłejszemu rozbiorowi. U każdego chorego oznaczaliśmy ilość dzienną moczu zarówno przed, jak i w czasie autoseroterapii, a wyniki ostateczne kontrolowaliśmy zapomocą prześwietlania promieniami Röntgena, o ile przyrząd u nas działał. Zazwyczaj nie podawaliśmy w czasie autoseroterapii żadnych środków sercowych, ani moczopędnych, ażeby nie mącić jasności klinicznego doświadczenia, z wyjątkiem 3 przypadków (Nra V., VI. i IX.), gdzie koniecznem to było ze wskazania życiowego. Ubocznych przypadłości nie spostrzegaliśmy nigdy żadnych, a niebezpieczeństwo zakażenia nawet przy niezbyt skrupulatnej antyseptyce jest tak małe, że nie wchodzi w rachubę, i nie powinno nikogo, umiejącego zręcznie władać igłą strzykawki aspiracyjnej, odstraszyć od tego zabiegu. Większość chorych znosiła te zabiegi cierpliwie i potulnie, jedna chora już po 2 wstrzyknięciach zbuntowała się i nie zgodziła na dalsze, mniejszość chorych czasem szemrała i okazywała nakłuwającemu niezadowolenie.

A teraz przejdźmy do wyników.

Pomińmy białaczkę, powikłaną potrójnym wysiękiem, gdzie wpływ na wysięk otrzewny był wielce wątpliwy, (obwód brzucha spadł z 93 na 91 cm), tak że można go nazwać ujemnym, a zastanówmy się nad przypadkami wysięków opłucnych, leczonych tą metodą. Z 8 przypadków w 3 (Nra III., VI. i VIII.) wynik był dodatni, wysięk uległ wes-

*) Spostrzeżenia nasze zbieraliśmy do wiosny (kwietnia) b. r. Ze względu jednak na przeznaczenie tej pracy na I Zjazd internistów polskich, ukazuje się ona obecnie w druku. Z tego też powodu nie uwzględniliśmy piśmiennictwa z ostatnich kilku miesięcy.

saniu po 4 do 6 wstrzyknięciach, a na miejscu wysięku pozostały zrosty; w 2 (Nra II. i IV.) wynik był względny, wysięk pomimo 7 nakłuć, jak w przypadku Nr II. zmalał, ale nie znikł, szmery stały się głośniejsze, a prześwietlenie wykazywało zaciemnienie pola widzenia. Natomiast w trzech przypadkach (Nr I., V. i IX.) wynik pozostał ujemny. U chorej (Nr I.) wysięk był tylko średnich rozmiarów, a mimo 6 nakłuć pozostał w tych samych granicach; u 2 chorych (Nra V. i IX.) chodziło o wypociny stałe, wielkich rozmiarów, życiu zagrażające, które mimo 10 wstrzyknięć pozostały bez zmiany, tak że ostatecznie trzeba było je nakłuć i częściowo wypuścić.

Co do ilości moczu, to ta była również zmienną, jak zmiennym wynik autoseroterapii. U jednych chorych autoseroterapia nie wpływała zupełnie na wydzielanie moczu, u dwóch zwiększyła dzienną ilość moczu o 200—300 cm³, w jednym przypadku (Nr III.) zwiększyła o około 700 cm³ na dobę i wywołała wessanie wysięku, w innym (Nr V.) podniosła ilość moczu o 300—800 cm³, ale nie usunęła wysięku.

W niewielkiej statystyce naszej naprzeciw 3 przypadków dodatnich stoją 3 z wynikiem ujemnym, w pozostałych 2 wynik był tylko częściowo dodatni; statystyka stanowczo gorsza od statystyki Schnütgena, a odsetkowo nie przemawiająca ani na korzyść, ani na niekorzyść metody Gilberta i Fedego. Jeżeli dalej weźmie się w rachubę, że pewna choćby niewielka ilość wysięków u naszej klasy roboczej, ciemnej i nie zasięgającej żadnej porady lekarskiej, z chwilą położenia chorego na łóżko kliniczne sama przez się wsysa się, a u pewnej liczby podanie środka moczopędnego lub nakłucie rozpoznawcze stanowi już bodziec dostateczny, ażeby to wessanie wywołać, to statystyka nasza wypadnie jeszcze gorzej, a liczba $^3/_8$ wyleczonych okaże się w rzeczywistości dla bezstronnego spostrzegacza jeszcze mniejszą.

Rozstrzygającem w naszych doświadczeniach, a przemawiającem silnie za metodą byłoby oczywiście zachowanie się wielkich wysięków stałych, gdyby one pod wpływem nakłuć i wstrzykiwań rzeczywiście się wsysały; wiadomo bowiem, że małe i średnie wysięki wsysają się często same doszczętnie i bez najmniejszego współudziału z naszej strony. Tymczasem w naszych doświadczeniach z 3 wielkich wysięków tylko jeden uległ wessaniu, niewiadomo *post*, czy *propter hoc*, dwa inne okazały się wobec tej metody odporne.

Dalecy od tego, ażeby autoseroterapii odmówić zaraz wszekiej wartości leczniczej i potępić ją w czambuł, gotowi jesteśmy próbować jej dalej na odpowiednio dobranym materyale, a jakkolwiek nie wydajemy ostatecznych co do jej wartości leczniczej wyroków, sądzimy jednak, że pochwały co do jej skuteczności są przesadzone, a pierwsze doświadczenia, poczynione przez Gilberta i Fedego, nacechowane zbyt wielkim optymizmem i podmiotowością. W każdym razie, jako nowa metoda lecznicza, zasługuje autoseroterapia na dalsze próby, a ostateczne o niej słowo należy do przyszłości; nie będzie ono jednak, sądzimy, tak entuzyastyczne, jak pierwsze doniesienia jej twórców.

P. Prof. Jaworskiemu za zachętę do niniejszej pracy składam serdeczną podziękę.

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiell. pod kierownictwem Prof. Dra W. Jaworskiego.

Spostrzeżenia kliniczne nad stosowaniem leczniczem śródżylnych wstrzykiwań elektrargolu.

Podał

Dr Władysław Kluger.

(Dokończenie).

VI. R. S. lat 24. Przyjęta do kliniki 17. X. 1908, l. dz. 8. Rozpoznanie: *Pelveoperitonitis chronica puerperalis ss. suppuratione. Thrombophlebitis extrem. inf. dextrae.* Chora gorączkuje wysoko, najwyższe wzniesienia ciepłoty przekraczają 39⁰, najniższe dochodzą tylko do 38⁰. Tętno dobrze napięte, miarowe, nie przekracza nigdy 100 uderzeń na minutę. Bębnica znacznego stopnia. Chora otrzymała w czasie od 27. I.—15. II. 1909 10 wstrzyknięć elektrargolu do żyły. Pierwsze wstrzyknięcie w ilości 5 cm³, oraz następne trzy po 10 cm³ pozostały bez wybitniejszego wpływu na przebieg ciepłoty, jakkolwiek już po czwartem wstrzyknięciu ciepłota zaczęła okazywać zniżkę. Po piątem wstrzyknięciu 10 cm³ wystąpiła wyraźna zniżka ciepłoty, która utrzymywała się przez 6 dni następnych. Najwyższe wzniesienia w tym czasie nie dosięgały 38⁰, najniższe dochodziły do 37·1⁰. Po 6 dniach ciepłota się znów poczęła wznosić powyżej 38⁰. W 9 dni po ostatniem wstrzyknięciu, wstrzyknięto znów 30 cm³ do żyły (12. II.). Ciepłota potem bezpośrednio obniża się i w ciągu następnego dnia nie dosięga 38⁰.

14. II. Wstrzyknięto 35 cm³. Ciepłota z 37·8⁰ spada po 4 godzinach do 37·2⁰, poczem wieczorem podnosi się do 37·6⁰.

18. II. wstrzyknięto 40 cm³. Ciepłota z 37·7⁰ spadła po 6 godzinach do 37·1⁰.

Chora przed rozpoczęciem wstrzykiwań miała stolec stale zaparty (co 3—4 dni wypróżnienie). Gdy rozpoczęto wstrzykiwania, tego samego lub następnego dnia po wstrzyknięciu występowały zawsze obfite stolce. Po 4 pierwszych wstrzyknięciach pojawiła się u chorej miesiączka średnio obfita, ostatnią poprzedzającą miała chora w lipcu 1908 r.

Zniżka ciepłoty, wywołana przez ostatnie wstrzyknięcia, utrzymywała się przez 4 dni, ciepłota nie przekraczała 38⁰, poczem znów zaczęła wznosić się powyżej 38⁰, dochodząc do 38·8. W czasie od 26. II.—2. III. wstrzyknięto ponownie chorej elektrargol do żył w ilościach od 5 cm³—25 cm³, stopniując za każdym razem o 5 cm³. Ciepłota nie uległa jednak pod wpływem tych wstrzykiwań żadnej zmianie. Chorej wstrzyknięto razem 225³ elektrargolu.

Zachowanie się krwinek białych.

1) Ilość ogólna przed wstrzyknięciem 5 cm³ = 7·800. W tem: n. 65%, l. 30%, e. 3%, t. 2%. W 2 godz. po wstrzyknięciu: il. og. = 7·200. W tem: n. 53%, l. 40%, e. 4%, p. 2%, t. 1%. W 6 godzin: il. og. 7000. W tem: n. 60%, l. 35%, e. 3%, p. 1%, t. 1%. W 20 godzin: il. og. = 6.600. W tem: n. 64%, l. 23%, e. 10%, p. 3%.

2) Ilość og. przed wstrzyknięciem 10 cm³ = 5.600. W tem n. 61%, l. 30%, e. 6%, t. 2%, p. 1%. W 2 godz. po wstrzyknięciu: il. og. = 8.800. W tem: n. 57%, l. 31%, e. 7%, p. 3%, t. 2%. W 6 godz.: il. og. = 9·400. W tem: n. 48%, l. 38%, e. 8%, p. 2%, t. 4%. W 20 godz.: il. og. = 5000. W tem: n. 62%, l. 28%, e. 6%, p. 4%.

3) Ilość og. przed wstrzyknięciem 15 cm³ = 5000. W tem: n. 50%, l. 36%, e. 7%, p. 3%, t. 4%. W 2 godziny po wstrzyknięciu: il. og. 9000. W tem: n. 55%, l. 28%, e. 8%, p. 7%, t. 2%. W 6 godz.: il. og. = 14.400. W tem: n. 67%, l. 24%, e. 7%, p. 1%, t. 1%. W 20 g. il. og. = 6.400. W tem: n. 52%, l. 36%, e. 8%, p. 2%, t. 2%.

4. Ilość og. przed wstrzyknięciem 20 cm³ = 6.400. W tem: n. 65%, l. 25%, e. 9%, t. 3%, p. 1%. W 2 g. po wstrzyknięciu: il. og. 6800. W tem: n. 69%, l. 24%, e. 4%, p. 1%, t. 2%. W 6 godz. il. og. 9000. Stosunek jakościowy poza wzmożeniem się ciałek przejściowych (6%) na niekorzyść neutrofilnych, nie uległ zmianie. W 20 g. il. og. 4800. Stosunek jakościowy jak przed wstrzyknięciem.

5) Ilość og. przed wstrzyknięciem 30 cm³ = 5800. W tem: n. 61%, l. 27%, e. 7%, p. 4%, t. 1%. W 2 g. po wstrzyknię-

ciu il. og. = 7000. W tem: n. 62%, l. 24%, e. 8%, p. 6%. W 6 godz.: il. og. = 9400. W tem: n. 70%, l. 19%, e. 6%, p. 5%, t. 0%. W 20 godz.: il. og. 6200. Stosunek jakościowy, jak przed wstrzyknięciem.

6) Ilość og. przed wstrzyknięciem 40 cm^3 = 5600. W tem n. 58%, l. 28%, e. 10%, p. 3%, t. 1%. W 2 godz. po wstrzyknięciu: il. og. = 6600. W tem: n. 57%, l. 24%, e. 10%, p. 6%, t. 3%. W 6 godz.: il. og. = 9200. W tem: n. 61%, l. 26%, e. 6%, p. 7%, t. 0%. W 20 godzin: il. og. 6000. W tem: n. 60%, l. 25%, e. 10%, p. 4%, t. 1%.

Gaillard wstrzykiwał elektrargol do żył w durze brzusznym codziennie, w seryach od 4—7 wstrzyknięć, w dawkach od 10—15 cm^3 i uzyskał we wszystkich (pięciu) przypadkach zupełny spadek ciepłoty. Dawki, używane przez siebie, uważa jednak Gaillard za nieodpowiednie, sądząc, że mniejszą ilością elektrargolu (5 cm^3 na dawkę) można osiągnąć pożądany skutek, nie wywołując, tak jak jemu właśnie zdarzało się, gwałtownych spadków ciepłoty. Spostrzegał przytem w 1/2 godziny po wstrzyknięciu pojawianie się ogólnego drżenia i sinicy. Objawy te trwały zwykle około 20 minut. Loques w jednym przypadku duru brzusznego przez 6 codziennych wstrzykiwań elektrargolu (w tem jedno śródmiąższowe, a 5 śródżylnych) uzyskać miał trwałe obniżenie toru gorączkowego. W żadnym ze spostrzeganych przezemnie przypadków objawów podanych przez Gaillarda (drżenie, sinica) nie zauważyłem, u chorej na dur (przyp. I) pogorszenie podmiotowe potęgowało się wraz ze zwiększaniem dawki. Tor gorączki u chorych naszych z wyjątkiem przypadku VI, jak z podanych powyżej spostrzeżeń wynika, nie uległ zasadniczej lub trwałej zmianie pod wpływem wstrzykiwań elektrargolu, jedynie można było niekiedy spostrzegać krótkotrwałe spadki ciepłoty. Natomiast u chorej w przyp. VI, tor gorączki po pierwszej seryi wstrzykiwań obniżył się wybitnie, po drugiej seryi nie uległ żadnej zmianie.

Wpływem śródżylnych wstrzykiwań srebra koloidalnego (kollargolu) na zachowanie się krwinek białych u człowieka zajmowali się dotychczas Credé, Ceresole i Dunger. Credé (7) nie zauważył wyraźniejszego wpływu śródżylnych wstrzykiwań kollargolu na zachowanie się ilościowe krwinek białych. Ceresole (8) spostrzegał po pierwszem wstrzyknięciu wzmożenie się ilości krwinek białych, po dalszych wstrzykiwaniach liczba ich utrzymywała się na tej samej wysokości lub nieco zmniejszała się. Nie zauważył zaś Ceresole jakiegokolwiek wpływu wstrzykiwań na stosunek jakościowy krwinek. Dunger (9) otrzymywał po każdem wstrzyknięcie spadek liczby leukocytów, po którym zawsze następował wzrost. Wysokość leukocytozy tej jest zdaniem Dungera zależna od liczby krwinek białych przed wstrzyknięciem. Największy wzrost ich spostrzegał Dunger przy istniejącej już przedtem miernej leukocytozie, słabszy przy prawidłowej ilości krwinek białych, bardzo powolne i nieznaczne wzniesienia przy leukopenii. W wahaniach tych biorą udział prawie wyłącznie krwinki wielojądrzaste neutrochłonne. Początkowe zmniejszenie się ilości leukocytów uważa Dunger za następstwo ich rozpadu. Zachowaniem się leukocytów zwierzęcych po wstrzykiwaniach kollargolu zajmowali się Brunner, Majewski, Rodsewicz, a ostatnio Hoffmann (10), który stwierdził również, że wstrzykiwania śródżylne kollargolu u królika nie wpływają na zachowanie się wskaźnika opsoninowego.

Robin i P. E. Weill (11) stwierdzają, że po wstrzykiwaniach podskórnych, nieutrwalonych i nieizotonicznych rozczynów elektrycznych metali koloidalnych, występuje, u ludzi najpierw »leukoliza« (*leucolyse*), poczem liczba krwinek białych bądźto wraca do tego stanu jaki istniał przed wstrzyknięciem, bądź też nieznacznie wzrasta.

W piśmiennictwie brak dotychczas spostrzeżeń co do zachowania się leukocytów ludzkich po wstrzykiwaniu elektrargolu do żył. U zwierząt zajmowali się tą sprawą Achard i P.-E. Weill (12), którzy po wstrzykiwaniach śródżylnych elektrargolu królikom otrzymywali spadek liczby krwinek białych, z następową znaczną leukocytozą.

Z podanych wyżej, własnych naszych spostrzeżeń wynikałoby, że u ludzi, po wstrzykiwaniach śródżylnych elektrargolu, spadek ilości krwinek białych nie jest zjawiskiem stałem, owszem w przypadku V. (oprócz pierwszego wstrzyknięcia) i VI., ilość krwinek białych już w 2 godziny po wstrzyknięciu była zawsze wybitnie zwiększona, a po 6 godzinach dochodziła do cyfr niekiedy bardzo wysokich (np. w przyp. V.: 35.000 i 40.000). Po 20 godzinach ilość krwinek białych, zwykle bądźto wracała, mniej więcej, do cyfry, jaka istniała przed wstrzyknięciem, bądź też była wyższą. Największe wahania w stosunku jakościowym krwinek białych, dotyczą w przypadkach naszych wielojądrzastych neutrofilów i limfocytów. Czy zachowanie się leukocytów pozostaje w związku z ilością wprowadzonego do żył elektrargolu, na podstawie naszych spostrzeżeń rozstrzygnąć niepodobna.

Piśmiennictwo. 1) Bourguignon: De l'argent colloïdal. Thèse de l'Univ. de Paris 1908. — 2) Mendel: Der gegenwärtige Zustand der intravenösen Therapie. Berl. klin. Wochschft. Nr 49. 1908. 3) Robin et Bardet: Action des métaux à l'état colloìdal et des oxydases artificielles sur l'evolution des maladies infectieuses. — Compt. rend. de l'Acad. des sc. T. 138. 1904. — Robin. Note sur les ferments métalliques. Bull. de thérap. 15 Dec. 1904. — 4) Stodel: Les Colloïdes en Biologie et en Therapentique. Paris 1908. — 5) Durand: Contribution a l'etude de l'emploi des métaux colloïdaux électriques. Thèse de l'Univ. de Montpellier. 1908, — 6) Patrz l. 5. — 7) Credé: Die Behandlung septischer Erkrankungen mit intravenösen Collargolinjektionen. D. Arch. für klin. Chir. T. 55. Z. 7. — Tenże. Wie wirkt Collargol? Zeitschft. f. ärztl. Fortbild. 1904: Nr 20. — 8) Dunger: Das Verhalten der Leukocyten bei intravenösen Collargolinjektionen u. seine klinische Bedeutung. D. Archiv f. klin. Med. T. 91. 1907. — 9) Patrz l. 8. — 10) Hoffmann: Exper. Unters über die Wirkung des Collargols auf Leukocyten u. Opsonine. Berl. klin. Wochenschrift. 1909. Nr 7. — 11) Couvrat-Desvergnes: L'Elektrargol. Thèse de l'Univ. de Bordeaux. 1908. — 12) Achard et P.-E. Weill. Le sang et les organes hématopoïétiques du lapin, après l'injection intraveineuse d'argent coll. électrique. Soc. de Biol. 19 janvier 1907. — 13) Waitz: Ueber die Anwendung der elektrischen Kolloidmetalle bei Infektionskrankheiten, besonders bei Bronchopneumonie u. Pneumonie. Mediz. Klinik. 1909. Nr 9. — 14) Weill: Nowe środki lekarskie. Warszawa 1908.

Z kliniki medycznej U. J. pod kierownictwem Prof. W. Jaworskiego.

O odczynie Cammidgea.

Podał

Dr Józef Kostrzewski.

(Dokończenie).

Z przypadków, podanych przez L. Caro i E. Wörnera, zachodziło w jednym ostre krwotoczne zapalenie

trzustki, a w drugim zanik trzustki; dodatni wynik odczynu miały powodować kwasy glukuronowe, przypuszczalnie w większej niż zwykle ilości wydzielane. Kwasy glukuronowe »sprzężone» w niewielkiej ilości są składnikiem prawidłowego moczu. Ale przez to, że wzmożone ich wydzielanie może być następstwem rozlicznych zaburzeń i czynników, w żadnym związku z czynnością lub stanem trzustki nie pozostających, przez to wartość odczynu Cammidgea,— jeśli odczyn ten zależy od wzmożonej ilości kwasów glukuronowych — jako metody w rozpoznawaniu schorzeń trzustki staje się wątpliwa. W przypadku K. Smoleńskiego był rak żołądka, trzustka bez zmian; dodatni wynik odczynu zależał od obecności cukru trzcinowego w moczu. Co do saccharozuryi wiadomości są skąpe i niepewne; za dowód jednak schorzenia trzustki uważać jej nie można.

W świetle wyników powyższych badań, o swoistości odczynu Cammidgea w schorzeniach trzustki mówić trudno. Potwierdzać to także zdają się tak prace doświadczalne na zwierzętach, u których wywoływano sztuczne schorzenia trzustki, jak i badania kliniczne u ludzi chorych i zdrowych. Badania te wykazały, że nie zawsze w przypadkach schorzeń trzustki odczyn wypada dodatnio; że odczyn dodatni może znikać na czas jakiś, a po kilku dniach znowu wystąpić; że odczyn występować może u osób ze schorzeniami innych narządów, u których trzustka jest zdrowa; odczyn dodatni spotykano u osób zdrowych.

Odczyn Cammidgea (w ostatniej odmianie) przerobiliśmy w klinice lekarskiej w moczach 28 chorych, przyczem trzymano się ściśle podanych przepisów. Dla kontroli przerabiano zawsze próbę fenylhydrazynową; jeśli była dodatnia, mocz poddawano wpierw 20-godzinnej fermentacyi. Za każdym razem badano mocz co do jego własności optycznej, ze szczególnem uwzględnieniem własności kwasów glukuronowych. W każdym moczu przerabiano próbę z odczynnikiem Biala i próbę z orceiną lub tylko z orceiną. Uwagi godnego nic nie spotkano. — Bez względu na wynik dodatni lub ujemny próby, kilka moczów w nieregularnych kilkudniowych odstępach używano po raz drugi i trzeci do próby. Ogółem w 28 różnych moczach przerobiono próbę 42 razy. Powtarzając próbę w jednym i tymsamym moczu co kilka dni, uwzględniano podawaną niestałość próby co do jakości wyniku. W przypadku IV., przerabiając próbę 4 razy, otrzymano trzy razy dodatni, a raz ujemny wynik. Z objawów klinicznych współcześnie nie zauważono nic szczególnego, podobnie w moczu przy powyżej podanym spsobie badania nic nie stwierdzono, coby w przypuszczalny przyczynowy związek ze zmianą jakości wyniku odczynu łączyć można było. Wszędzie indziej wynik odczynu był zawsze ten sam.

Dodatni wynik próby Cammidgea otrzymano w przypadkach:

I. *Carcin. ductus choledoch. aut duodeni subsequ. tumore hepat. et hydrope cyst. felleae.* (odczyn przerabiano 2 razy).
II. *Carcinoma ventriculi sanguinans* (o. przer. 1 raz).
III. *Cirrhosis hepatis atrophica subsequ. tumore lienis et ascite* (o. prz. 2 razy).
IV. *Exsudatum peritonei et pleurae sinistrae neopl. [Neoplasma malig. genit. cum metast.]* (o. przer. 4 razy. 3 razy wynik dodatni, raz ujemny. Nekroskopia zmian w trzustce nie wykazała).
V. *Dilatatio ventr. cum catarrh. intest. chronic. [sten. intest. suspect.]* — (o. przer. 1 raz).
VI. *Intoxicatio cum phosphoro et acid. carb. in gravida quinque mens.* (o. przer. 1 raz, odczyn z chlorkiem żelaz. ujemny).

Ujemny wynik próby otrzymano w przypadkach:

1) *Neoplasma malignum dissem. peritonei cum metast. in hepate et exsud. haem.* (o. przer. 2 razy). Nekroskopia zmian w trzustce nie wykazała.
2) *Hyperemesis gravid* (o. przer 1 raz).
3) *Gastroptosis cum stenosi benigna* (o. przer. 1 raz).
4) *Carcinoma ventriculi* (o. przer. 1 raz).
5) *Carcinoma ventriculi* (o. przer. 3 razy, zawsze ujemny. Przy operacyi trzustka twardsza).
6) *Neurasthenia* (o. przer. 1 raz).
7) *Diathesis uratica* (o. przer. 1 raz).
8) *Aneurysma aortae. Lues peracta* (o. przer. 2 razy).
9) *Cachexia malarica. Cirrhosis hepatis, tumor lienis* (o. przer. 3 razy).
10) *Haemophilia cum purpura simpl.* (o. przer. 1 raz).
11) *Residua post pleurit. dextr., pleur. exudat. sin., dextrofix. cordis; periton. sicca* (o. przer. 2 raz).
12) *Ataxia locomotrix* (o. przer. 1 raz).
13) *Anthracosis pulmonum maj. grad; tum. lien. et hep. malar. Defoec. mixta* (o. przer. 2 razy).
14) *Fibrosis peritonei pariet. et viscer., tumorem magn. immit.* (o. przer. 2 razy).
15) *Sclerosis dissem.* (o. przer 1 raz).
16) *Carcinoma ventriculi ad reg. pylor. subsequ. ectasia. Cachexia* (o. przer. 2 razy).
17) *Peritonitis chron. exsudat. tuberculosa in indiv. cum condens. apic. dextr.* (o. przer. 1 raz).
18) *Insufficientia valvularum sem. aortae* (o. przer. 1 raz).
19) *Insufficientia valvularum sem. aortae. Catarrh. intest. crassi, ectasia coeci* (o. prr. 1 raz).
20) *Tumor carcinomatosus ad curv. maj. ventriculi* (o. przer. 1 raz).
21) *Gastritis acida in indiv. nervoso* (o. przer. 2 razy).
22) *Osteomalacia* (o. przer. 1 raz).

Statystyka to szczupła; wartość jej tem mniejsza, że rozpoznania prawie wyłącznie tylko kliniczne, w jednym tylko przypadku przy operacyi (rak żołądka) znaleziono trzustkę znacznie twardszą; w trzech zaś sekcyonowanych nekroskopia nie stwierdziła zmian anatomicznych w trzustce. Taka statystyka do wniosków żadnych nie uprawnia, ale z wysnutych skądinąd — choć może nie bez zastrzeżeń — niektórych dopatrzeć się w niej można.

Piśmiennictwo: Eichler. Exper Beitr. zur Diagnose der Pankreaserkrankungen. Die Cam „Pankreasreaction" im Urin. Berl. klin. Wochenschrift Nr 25. 1907. — O. Gross. Zur Funktionsprüf. des Pankreas. Deutsch. med. Wochs. Nr 16. 1909. — B. Maass. Über Bedeut. der Cam.-Reak. f. Erkr. des Pankreas. Med. Klin. Nr. 5. 1909. — Eichler u. Schirokauer. Zur Diagnose der Pankreaserkr. Die Cam. Reak. Berl. klin. Wochs. Nr. 8. 1909. — J. Witte. Über Erkent. u. Behandl. der Pankreatitis. Berl. klin. Wochs. Nr. 8. 1909. — L. Caro u. E. Wörner. Beiträge zur Diagnostik von Pankreaserkrankungen. Berl. klin. Wochs. Nr. 8. 1909. — P. Meyer. Über Phenylhydrazinverb. der Glycuronsäuren. Hop. Seyl. Ztschr. f. phys. Chemie T. 29—59. — P. Meyer u. C. Neuberg. Über den Nachw. gep. Glyceronsäuren u. ihr Vork. im norm. Harn Hop. Seyl. Ztschr. f. phys. Chemie T. 29—256. — C. Neuberg u. W. Neimann. Neue Reak. u. Deriv. der Glucuronsäure. Hop. Seyl. Zt. f. phys. Chem T. 44—97. — Doc. K. Smoleński. Zur Frage nach der Muttersubstanz durch welche die Reak. von Cammidge im Harn. hervorgerufen wird. Hop. Seyl. Ztschr. f. phys. Chemie T. 60. — C. v. Noorden. Handbuch der Path. des Stoffwechsels 1907. — O. Klauber. Die Bedeut. der Cam. Reaktion. Med. Klinik Nr. 11. 1909.

O depprawacyi wykonawstwa lekarskiego przez nowoczesny kierunek we fabrykach chemicznych i aptekach.

napisali

Prof. W. Jaworski i Doc. E. Mięsowicz.

(Dokończenie).

Jeżeli lekarz reklamuje nieco szerzej swą specyalność w politycznych czasopismach, biorą mu to koledzy za złe, dostaje się u nas pod sąd Izby lekarskiej. Jeżeli zaś nieuk w złej wierze, w chęci niegodziwego zysku podnosi pod niebiosa bezwartościowe mieszaniny na choroby i popełnia oczywiste partactwo na szkodę chorych i lekarzy, to lekarze i dzienniki lekarskie go popierają, a Izby lekarskie milczą. Czasopisma lekarskie zagraniczne, a czasem i nasze, udzielają przytułku w części inseratowej specyfikom o nieznanym składzie, przeoczając przytem szkodliwość tych środków dla wykonawstwa i nauki lekarskiej. Szalbierze uważają takie umieszczenie w dzienniku lekarskim za aprobatę i zachęcenie i z roku na rok ich liczba się wzmaga; próbują bowiem szczęścia.

Mamy przed sobą wiązankę inseratów tajemnych specyfików. Proszę posłuchać, jak się sami zachwalają w pismach lekarskich (demonstracya). Temu jednak nie koniec, bez skrupułów narzucają się w naszych czasopismach politycznych chorej publiczności, uprawiając partactwo lekarskie. Możemy czytać w prasie codziennej o cudach leczniczych somatozy, sanatogenu, biosonu, hematogenu, siroliny, podagriny, pastylek »Valda«, tabletek kaskarowych, piwa z wyciągiem słodowym, tamarindien i t. d.

Na dowód, o ile można na rzetelność nawet pozornie poważnych firm chemicznych liczyć, przytoczymy historyę dwóch dobrze znanych przetworów leczniczych, którymi lekarze we wykonawstwie lekarskiem »świetnie« operują.

Pewien »Chemisches Institut« berliński puścił w obieg z wielkim hałasem lek w pastylkach pod nazwą »pyrenol«, jako nowy jednolity związek chemiczny mieniący się: Benzoylthymolnatrium benzoylo-oxybenzoicum. Ma to być według fabrykanta lek wykrztuśny i kojący, przewyższający wszystkie inne. Chemicy twierdzą, że takiego związku chemicznego niema, a nawet nie możnaby go wytworzyć. Badanie zaś przetworu wykazało, że składa się on ze zmieszania równych ilości dwóch surowych i zanieczyszczonych ciał: będźwinianu i salicylanu sodowego, a zatem jest mieszaniną, jaką sobie każdy lekarz może zapisać w stanie czystym, a wtedy wie przynajmniej, co chory zażywa i jakich skutków leczniczych ma się spodziewać. Chory zaś taniej zapłaci za lek receptowy, niż za lek zapisany pod nazwą pyrenolu. Przypominam, ilu to znanych klinicystów złapało się na pyrenol, zachwalając go w świadectwach i poważnych rozprawach klinicznych jako »świetnie działający« lek.

Podobnie puszcza corocznie poważna firma berlińska w obieg nowy preparat pod nazwą »jodofan«, jako jednolity związek chemiczny, nadając mu szumną nazwę i wzór: »monojod-dioxybenzol-formaldehyd«, który to wzór wymaga 47·7% jodu; tymczasem badanie Zernika w Berlinie wykazało tylko 4% jodu. Tak to można polegać na reklamach fabrycznych!

Znany jest wszystkim sławny »Fleischsaft Puro«, który wyrabia »Zakład medyczno-chemiczny« w Monachium Dra Scholla. Zachwalono go jako środek »wybitnie krwiotwórczy, wzmacniający i odżywiający«. Przetwór ten, swoją drogą bardzo smaczny, był przez kilkanaście lat z ogromnym entuzyazmem przez lekarzy używany; sypały się pochwały, a szpitale i kliniki rozprawami stwierdzały jego arcyskuteczne działanie na krew, bo przetwór w reklamie uchodził za wyprasowany sok mięsny ze świeżego mięsa, zawierający 33% białka mięsnego, a jeden słoik o 150 grm. miał mieć wartość odżywczą około $2^1/_2$ kg. mięsa[1]). Firma głosiła przytem, ile to tysięcy wołów tucznych zużywa rocznie na wyrób tego przetworu. Dziś się ta blaga urwała, bo na drodze badań imunizacyjnych zdołano wykazać, że Puro nie zawiera ani śladu bydlęcego białka mięsnego, o którem wiadomo, że bez zmiany zagęścić się nie da. Badanie zaś dokładniejsze wykryło, że sławne Puro składa się z zaprawy (bejcy), pozostałej po wysoleniu szynek z domieszką białka kurzego i kwasu borowego. Słoik tej mieszaniny, sprzedawanej jako Puro po 3 K 70 h., ma wartość co najwyżej 20 hal. Gdy fabryce zrobiono zarzut z powodu oszukiwania publiczności i lekarzy, odpowiedziała cynicznie, że skład ją nie obchodzi, gdyż za przetworem przemawiają świetne wyniki lecznicze, wykazane i potwierdzone przez tysiące lekarzy, a ja tu dodam, zasugestyonowanych oszukańczą reklamą przetworu. Dziś gdy spadła zasłona z istotnego przetworu, grobowa cisza pokrywa Puro, chwalcy jego milczą ze wstydem, a z nimi wstydzi się cały praktykujący świat lekarski.

Mamy tu dosadne przykłady, w jaki sposób pozornie rzetelne firmy, zwąc się zakładami chemiczno-medycznymi, postępują: Oto biorą jakąbądź mieszaninę, przedstawiają ją jako nowoutworzony jednolity związek chemiczny, tworzą dla niego ogromnie fantastyczną nazwę i długi wzór chemiczny, którego lekarz skontrolować nie potrafi i z wielkim podziwem jako rzeczywisty przyjmuje, wyszukują dla przetworu rzekomo »nowego« wcale ładną nazwę od takiej choroby, która najwięcej zysku może przynieść, fabrykują do tego rozprawy z doświadczeniami na zwierzętach i z obserwacyami dla chorych; ostatecznie zestawiają z tego wszystkiego »uczone« reklamy, aby nas obałamucić. Osiągnąwszy to, interes idzie już dobrze. Tylko fabrykant teraz zabezpiecza się przed konkurencyą, zastrzegając się, że jego przetworu nie zdoła nikt naśladować, przestrzega więc przed »bezwartościowem naśladownictwem« i grozi sądowymi krokami.

Lekarz nie może, *nie powinien dziś wierzyć ani w jakość, ani w ilość, a tem mniej w skuteczność w chorobie leków silnie reklamowanych.*

Tego rodzaju postępowanie firm chemicznych, farmaceutycznych i aptecznych jest zakażeniem naszego zawodu od zewnątrz, jest to nowotwór, toczący wykształcenie lekarskie i poniżający praktykę lekarską. Pozwalamy na to, by nieucy wyrywali nam z ręki broń, którą walczymy. Tu trzeba tępienia szerzącego się złego najostrzejszymi sposobami. Środkami najstosowniejszymi do przeciwdziałania jest zamilczenie

[1]) Napis na słoikach: „Der Inhalt dieses Glases repräsentirt den eingedicten Saft aus 5 Pfund reinem Beefsteak“.

i bierny opór z naszej strony przeciw takim wybujałościom Piszmy znów jak dawniejsi tak szanowani lekarze recepty i zaglądajmy pilnie do farmakologii i farmakopei. Zło się jednak rozwielmożniło tak, że to nie wystarcza i trzeba się jąć czynnych, energicznych środków.

Prosimy przeto o uchwalenie następującej rezolucyi przez Zjazd dzisiejszy:

a) Nazwa środka leczniczego nie powinna pochodzić ani od nazwy choroby, ani od szczegółowego wskazania wzgl. objawu chorobowego.

Nazwa leku już z tego powodu nie może być stosowana do choroby, bo dla jednej i tej samej choroby jest w użyciu cały szereg środków, tak np. nazwą antynervinum można nazwać kwas salicylowy, aspirynę, antypirynę, salipirynę, pyramidon, kofeinę, chininę i wiele innych.

b) Nazwa środka leczniczego ma się stosować albo do składu chemicznego, albo do własności chemicznych lub fizycznych.

c) Każdy środek leczniczy musi mieć przy ogłoszeniu równocześnie wymieniony dokładny skład chemiczny rzeczywisty, a nie fikcyjny.

d) Bez spełnienia powyższych warunków żadne czasopismo lekarskie nie powinno leków w inseratach umieszczać. Nie powinno także umieszczać inseratów takich środków leczniczych, których ogłoszenia lub artykuły znajdują się w czasopismach politycznych lub beletrystycznych, gdyż takie czasopismo staje się współwinne partactwa lekarskiego.

e) Specyfiki ze wskazaniem choroby lub o nieznanym składzie należy uważać za leki tajne i jako takich żaden szanujący się lekarz nie powinien ich zapisywać.

f) O środkach, które z góry mają wskazania chorobowe, lub nieznany skład chemiczny, żaden lekarz nie powinien ogłaszać polecających je artykułów lub prac klinicznych, tem mniej dawać poświadczeń; za próbki takich leków nie należy dziękować, ani na zapytania nie odpowiadać. Jeżeli fabrykant nie będzie miał poświadczeń lekarskich, to nie będzie ich reklamować.

g) Apteki, które specyfiki na lekarstwa sporządzają, lub sprzedają, należy uważać za trudniące się partactwem i nierzetelne.

h) Odnieść się należy do Izb lekarskich, aby wdrożyły akcyę przeciw partactwu lekarskiemu, jakie fabryki i apteki uprawiają, wprowadzając i zachwalając leki na chorobę, t. j. postarać się o zakaz nazywania leków według chorób.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Najwyższa Rada zdrowia w Wiedniu obrała w d. 10. VII. b. r. swoim prezesem Prof. Ludwiga (w miejsce ustępującego Prof. Vogla), wiceprezesem Prof. Weichselbauma. W jesieni ma być Rada zreorganizowana i podzielona na subkomitety, przyczem liczba członków ma być z 21 zwiększona na 40. Czas przeto podjąć usilne starania, by w zreorganizowanej Radzie zasiadła odpowiednia liczba członków z Galicyi. *R.*

Zjazd lekarzy okręgowych odbył się we Lwowie d. 10. VII. 1909. Wynikiem Zjazdu było ukonstytuowanie się Związku lekarzy okręgowych. *R.*

Surowicę przeciwmeningokokową, dającą pomyślne wyniki w nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych, sprowadzać można z Instytutu seroterapeutycznego w Wiedniu, IX. Zimmermanngasse 3 (Rozp. minist. spraw wewn. z 14. VI. 1909).

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 27. VI. do 10. VII. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Babcze 4, Mołotków 1), Buczacz (Rzepińce 3, Międzygórze 1), Drohobycz (Dołhe ad Rybnik 3), Gródek jag. (Sławczany 4), Horodenka (Targowica 2, Obertyn 3, Czortowiec 7, Niezwiska 10, Hawrylak 1, Harasymów 1, Żywaczów 4), Jaworów (Czernilawa 3), Kałusz (Przysłup 3), Kolbuszowa (Sokołów 1), Kołomyja (Słobódka polna 1, Gwoździec stary 3), Lisko (Procime 2), Lwów (Sroki ad Laszki 5), Nadwórna (Pniów 4), Podhajce (Sokolniki 1, Sokołów 1), Rawa (Wulka mazow. 2), Sanok (Osławice 2), Śniatyn (Trościaniec 5, Hańkowce 2), Tarnopol (Grabowiec 3), Turka (Butelka niżna 15, Lipie 1), Zaleszczyki (Koszyłowce 1), Złoczów (Opaki 2); ospy m. Rzeszów 1. *Dr T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 4. VII. do 11. VII. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (w tem obcych 1 † —), płonicy 29 † 3 (3 † 1), odry 2 † — (1 † —). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 4. VII. do 10. VII. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 12 † — (w tem obcych 8 † —), płonicy 12 † — (w tem obcych 4 † —), odry 2, duru brzusznego 2 † — (1 † —), róży 2 † 2 (2 † 2), tężca 1 † 1 (1 † 1). *Dr Janiszewski.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 6. VI. do 12. VI. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 14, odry 5, płonicy 17 † 1, róży 16 † 1, duru plamistego 51 † 3, duru brzusznego 23 † 4, duru powrotnego 10, błonicy 4, grypy 6. (*Gaz. lek.* 28).

Wiadomości bieżące.

Kraków. I. Zjazd internistów polskich zgromadził w dn. 19. b. m. około 200 uczestników ze wszystkich stron Polski i z zagranicy; wykładów zgłoszono przeszło 60. Zjazd zagaił w szczelnie wypełnionej sali kliniki lekarskiej prezes komitetu urządzającego, Prof. Jaworski; następnie witali Zjazd: imieniem rządu krajowy referent sanitarny r. dw. Dr Merunowicz, imieniem kraju członek Wydziału krajowego Dr Bernadzikowski, imieniem miasta prezydent Dr Leo, imieniem Akademii Um. Prof. Cybulski, od Wydziału lekarskiego lwowskiego Prof. Gluziński, a krakowskiego dziekan Prof. Wachholz, od Wydziału lek. Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu Dr Gantkowski, od Towarzystwa lek. warszawskiego Dr Alfred Sokołowski, od Stowarzyszenia lekarzy polskich w Warszawie Dr Rzętkowski, od Towarzystwa lekarzy polskich w Kijowie Dr Januszkiewicz, od lekarzy Polaków z Ameryki Dr Szymański, od Towarzystwa lekarzy galic. radca Dr Opolski, od Towarzystwa lek. lwowskiego prezes Prof. Rencki, krakowskiego prezes Prof. Dobrowolski, radomskiego prezes Dr Fidler, od Towarzystwa balneologicznego polskiego prezes Jan hr. Potocki, od Sekcyi pedyatrycznej w Łodzi Dr Brudziński, od Komitetu międzynar. Zjazdów dla elektrologii i fizyoterapii Dr Zanietowski, wreszcie imieniem prasy lekarskiej polskiej Dr J. Zawadzki. Od Towarzystw lekarskich, redakcyi pism lekarskich i lekarzy polskich z różnych stron nadeszły pisma i telegramy powitalne. Prof. Jaworski wyraził imieniem komitetu Zjazdu podziękowanie za udział władzom i instytucyom, m. i. ministerstwu wojny i obrony krajowej, które zezwoliły na udział lekarzy wojskowych w Zjeździe. Prezesem Zjazdu obrany został Prof. Gluziński ze Lwowa, sekretarzami honorowymi Dr Rzętkowski z Warszawy, Dr Gantkowski z Poznania, Doc. Franke ze Lwowa i Doc. Latkowski z Krakowa. Obfity program Zjazdu, liczny udział uczestników, ożywione dyskusye pozwalają ten pierwszy Zjazd internistów polskich uważać za nader pomyślny zadatek dalszego Zjazdów tych rozwoju.

— W półroczu letniem 1908/9 uczęszczało na Wydział lekarski 453 słuchaczy (w tem 48 kobiet).

— W najbliższych dniach otwiera krakowskie Koło Towarzystwa z gruźlicą stacyę leśną w Grodkowicach pod Krakowem.

— Egzamin ukwalifikowanych nadzorców zdrowia i artykułów żywności odbył się w dniach 7 i 8 VII. w rządowym zakła-

dzie badania środków żywności, jako zakończenie 6-tygodniowego kursu naukowego. Do egzaminu pod przewodnictwem kierownika kursu, starszego inspektora zakładu Dra Leonarda Biera, zasiadło z 15 uczestników kursu 12, otrzymało zaś świadectwo z wyszczególnieniem 8, bardzo dobre 1, dostateczne 2. Na kurs delegowały miasta 7 swoich urzędników — po 2 Kraków i Tarnów, po 1 Bochnia, Jarosław i Podgórze. Z pośród kandydatów prywatnych było 2 doktorów (chemii i medycyny), zaś 1 kandydat z Częstochowy. Najbliższy kurs naukowy odbędzie się w razie zgłoszenia się dostatecznej ilości kandydatów z początkiem roku przyszłego.

— W Wieliczce rozpocznie w b. r. rząd kosztem przeszło miliona koron budowę wodociągów dla salin i miasta.

Lwów. Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich na posiedzeniu dnia 13. VII. 1909 uchwaliła: wydać odezwę do wszystkich członków towarzystwa, aby regularnie opłacali wkładki, do tych kolegów, którzy mają większe zaległości, wystosować listy polecone z wezwaniem do uiszczenia długu, a po upływie 4-tygodniowego terminu wdrożyć kroki sądowe. Na wniosek kol. A. Gluzińskiego postanowiono odnieść się do członków, czyby się nie zgodzili płacić wkładki drogą t. zw. zlecenia pocztowego. Wdowie po lekarzu p. W. przyznano zapomogę 200 kor. Uchwalono zbadać przyczyny zbyt małej rentowności kamienicy przy ul. Dominikańskiej l. 11. Na wniosek kol. Renckiego postanowiono wydać odezwę do wszystkich lekarzy galicyjskich, aby się wpisali do Towarzystwa. Delegatem na Zjazd internistów polskich w Krakowie wybrano wiceprezesa Dra Opolskiego, który oświadczył gotowość odbycia tej podróży na własny koszt. Nadto przeprowadzono wyczerpującą dyskusyę w sprawie podniesienia Morszyna. Sekr. gen.: *Dr Świątkowski.*

— Krajowa Rada zdrowia odbyła w dniu 3. VII. posiedzenie, na którem wydano opinie w sprawie podwyższenia taks leczenia w szpitalach w Jaśle, Drohobyczu, Brodach i Stryju; powzięto uchwałę w sprawie familijnych grobowców w Tryńczy, w powiecie przeworskim i w Wiśniowej, w powiecie strzyżowskim; wreszcie wydano orzeczenie w sprawie nowego modelu paska przepuklinowego.

— Uroczyste otwarcie pierwszego w kraju ludowego uzdrowiska przeciwgruźliczego, t. j. stacyi leśnej, założonej przez Koło lwowskie Towarzystwa walki z gruźlicą w Hołosku pod Lwowem, odbyło się 11. VII. b. r. w obecności namiestnika kraju, Exc. Dra Bobrzyńskiego, przedstawicieli miasta, kół lekarskich i t. p. Przy otwarciu przemawiali: arcybiskup X. Teodorowicz, prezes lwowskiego Koła Towarzystwa walki z gruźlicą prof. Wiczkowski i wiceprezydent miasta Dr Rutowski. Stacyę tworzą dwa baraki Döckerowskie, w których pomieszczenie znajdzie 30 chorych. Koszt utrzymania chorego wynosi 2 korony; pobyt ma trwać 6 tygodni. Opiekę lekarską odbjął Dr M. Selzer.

— Dziekanem Wydziału lekarskiego na rok 1909/10 wybrany został prof. Dr Popielski.

— Dr Eugeniusz Piasecki habilitował się z zakresu higieny szkolnej, a Dr Jan Mazurkiewicz z zakresu psychiatryi.

Warszawa. Ordynatorem szpitala Dz. Jezus na miejsce, wakujące po śmierci ś. p. Dunina, mianowany został Dr Kazimierz Chełchowski.

— Towarzystwo lekarskie przyznało nagrodę im. Koczorowskiego Drowi Januszkiewiczowi z Kijowa za pracę p. t. »O wpływie alkoholu na czynność nerek«.

— W czerwcu obchodził Dr Antoni Strzyżowski w Piotrkowie 50-lecie zawodu lekarskiego. Urodzony na Podolu, studyował Dr Strzyżowski medycynę w Moskwie, poczem praktykował w Niemirowie. W r. 1863 skazany na wygnanie. Od r. 1869 osiadł w Piotrkowie, gdzie obok pracy lekarskiej i piśmienniczej przodował w pracy społecznej. Towarzystwo lekarskie Warszawskie mianowało Jubilata członkiem honorowym.

Z różnych stron. Bezpośrednio przed Zjazdem peszteńskim (27. i 28. VIII), odbędzie się IV. Walne Zgromadzenie międzynarodowego Związku prasy lekarskiej (»Akademia utcza« 2). Obrady dotyczyć będą zadań międzynarodowego Związku prasy lek., utworzenia stałego Biura Związku, sprawy kilkakrotnego ogłaszania jednego artykułu w kilku pismach, ogłaszania na końcu prac naukowych wniosków w 3 językach i utworzenia biura dla ich publikacyi, kontroli anonsów, artykułów reklamowych, wydawnictw »lekarskich« bezpłatnych, uproszczenia mianownictwa i t. p. Zgłoszenia udziału przyjmuje Dr R. Blondel (103 Boul. Haussmann, Paryż) do 1. sierpnia b. r.

— Honorowy doktorat medycyny nadał uniwersytet w Genewie pani Curie-Skłodowskiej.

Zmarli: Ernest Besnier, zmarły 15 maja b. r. w Paryżu w 78 roku życia, należał do najwybitniejszych dermatologów świata, a był długie lata przewodnikiem szkoły francuskiej. Zajęty do ostatnich lat życia pracą naukową, chociaż od kilku lat ustąpił ze stanowiska prymaryusza szpitala św. Ludwika, brał również czynny udział w pracach Towarzystwa dermatol. francuskiego, którego był długie lata przewodniczącym. Tak wysokie uznanie w całym świecie naukowym zdobył nietylko bystrością swego umysłu, bardzo licznemi pracami we wszystkich działach dermatologii i rozprawami z zakresu medycyny wogóle, ale i swą prawością charakteru i nader ujmującem obejściem. Dzisiejsza dermatologia francuska utraciła w nim mistrza, z którego szkoły (mimo, że nie był profesorem) wyszedł cały szereg pracowników, dodających swemi pracami blasku nauce francuskiej. *F. K*

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

I. ZJAZD INTERNISTÓW POLSKICH.

I. Posiedzenie d. 19 lipca 1909, o godz. 9 rano.

W sali kliniki lekarskiej zebrali się przedstawiciele władz rządowych i autonomicznych, Towarzystw lekarskich, kół lekarskich wojskowych, prasy lekarskiej i politycznej, oraz z górą 200 uczestników, członków i gości Zjazdu. Wśród zebranych były następujące delegacye:

C. k. Namiestnictwo — Radca dworu Dr Merunowicz.
Departament sanitarny Wydziału krajowego — szef departamentu Dr Bernadzikowski.
Akademia Umiejętności — Prof. Dr Cybulski, Prof. Dr Browicz.
Wydział lekarski Uniwersytetu lwowskiego — Prof. A. Gluziński.
Towarzystwo lekarskie warszawskie — Dr A. Sokołowski, Dr Jakowski.
Towarzystwo lekarzy galicyjskich — wiceprezes Dr Opolski.
Towarzystwo lekarskie lwowskie — Prof. Dr Rencki, Doc. Dr Nowicki.
Stowarzyszenie lekarzy polskich (Warszawa) — Dr Chełchowski, Dr Rzętkowski.
Towarzystwo lekarzy polskich w Kijowie — Dr A. Januszkiewicz.
Towarzystwo balneologiczne polskie — Jan hr. Potocki, Dr Zanietowski.
Komitet międzynarodowych Zjazdów elektrologicznych — Dr Zanietowski.
Redakcya »Nowin lekarskich« (Poznań) — Dr Gantkowski.
Redakcya »Gazety lekarskiej« (Warszawa) — Dr Rajchman, Dr Sokołowski.
Redakcya »Medycyny i Kroniki lek.« (Warszawa) — Dr Józef Zawadzki.
Redakcya »Tygodnika lek.« (Lwów) — Prof. Dr Raczyński, Prof. Dr Rencki.
Redakcya »Głosu lekarzy« (Lwów) — Dr Mikołajski.

Zjazd zagaił prezes Komitetu urządzającego, Prof. Dr. Walery Jaworski, następującem przemówieniem:

»Myśl urządzania zjazdów internistów polskich kiełkowała już dawno, tak w Warszawie, jak i w Krakowie, a urzeczywistnienie tej myśli stawało się z roku na rok coraz większą koniecznością.

Za zjazdami przemawiają względy naukowe, zawodowe, społeczne, a w naszych stosunkach narodowe.

Zjazdy lekarskie mają uwidocznić poziom wiedzy lekarskiej u nas, uchronić go, aby się nie obniżał, i zachęcić nas do pracy nad postępem nauki.

Mają one dać obraz stosunków zdrowotnych naszego społeczeństwa, zwłaszcza tam gdzie one jeszcze przez władze nie są uwzględnione i muszą nawoływać rządy i społeczeństwo do poprawy stosunków sanitarnych.

Mają one być skarbem czystości i miejscem dla urabiania się języka lekarskiego polskiego oznaką jedności narodowej.

Z biegiem czasu wyłoni się na zjazdach jeszcze wiele kwestyi wspólnych, które będą obchodziły wszystkich lekarzy na ziemiach polskich.

Myśl zwołania dzisiejszego Zjazdu skrystalizowała się w roku 1907 na Zjeździe Przyrodników i Lekarzy we Lwowie. Tam koledzy warszawscy i lwowscy wyrazili życzenie odbycia Zjazdu internistów w Krakowie i polecili mnie jego zorganizowanie.

Utworzyliśmy w tym celu w Krakowie komitet i zabraliśmy się do dzieła, jednak nie bez pewnych refleksyi i obaw o wynik.

Wprawdzie mogliśmy liczyć na dostateczną liczbę uczestników, gdyż na przeszło 3000 polskich internistów praktykujących na ziemiach polskich, znajdzie się zawsze dostateczna ilość, która chętnie weźmie udział w zjeździe; lecz nasuwała się przy naszych dzisiejszych niekorzystnych stosunkach społecznych i politycznych ta obawa, że nie będzie dostatecznego materyału naukowego dla obrad zjazdu.

W największej dzielnicy polskiej nauka uniwersytecka leży odłogiem, a nieliczne prywatne zakłady lekarskie stoją tylko ofiarnością i poświęceniem się poszczególnych jednostek i walczą z niedostatkiem materyalnym.

Podobnie niekorzystnie przedstawiają się stosunki w dzielnicy poznańskiej.

U nas w Galicyi autonomiczne władze krajowe zajmują się obecnie zakładaniem szpitali, lecz postęp i kierunek naukowy bywa w nich trwale pomijany. Nieliczne prywatne zakłady lecznicze na tę stronę również nie zwracają uwagi. Jedno tylko zakopańskie Sanatoryum chlubnie się odznacza tem, że łączy w sobie szczęśliwie leczenie i kierunek naukowy.

Pozostają ostatecznie dwie uniwersyteckie kliniki w Krakowie i we Lwowie. Te muszą w pierwszym rzędzie pielęgnować stronę dydaktyczną, gdyż wykształcenie dzielnych lekarzy jest najważniejszą potrzebą dla społeczeństwa naszego i stanu lekarskiego. Naukowego kierunku w nich należycie uprawiać nie można z powodu małej ilości łóżek wyznaczonych, a jeszcze więcej z braku dostatecznych funduszów. Rządowa dotacya naukowa w kwocie 1300 K. rocznie, nie wystarcza nawet na zaspokojenie samych potrzeb dydaktycznych; na cele prac naukowych środków brak.

Oprócz tego w naszych stosunkach społecznych garnie się do nauk lekarskich przeważnie młodzież mniej zamożna, która musi szukać w praktycznem wykonawstwie lekarskiem zabezpieczenia swego bytu. Materyalnie niezawisłych pracowników naukowych wydaje społeczeństwo nasze dotąd jeszcze niestety bardzo małą liczbę.

Zresztą dwa warstaty naukowe na 20-milionowy naród, to stanowczo za mało, przeto postęp naukowy u nas jest trudny. Tam zagranicą, gdzie równocześnie pracuje 30 rządowych dobrze wyposażonych klinik i tyleż zakładów lekarskich prywatnych i miejskich i kilka aka-

demii lekarskich, to każdy zakład może pracować w jednym obranym kierunku i pogłębiać naukę lekarską. U nas zakłady kliniczne nie mogą pracować jednostronnie, lecz muszą obejmować całokształt wiedzy, gdyż nie spełniłyby swego zadania dydaktycznego.

Pomimo tych niekorzystnych warunków pracy, dzisiejszy nasz program naukowy okazuje się wcale pokaźnym. Znajdujemy w nim najnowsze i najważniejsze zagadnienia wiedzy lekarskiej, zaprzątające umysły zagranicznych badaczy: jak działanie radu na ustrój, serodyagnostykę kiły, metodę opsoninową w chorobach zakaźnych, badanie poszczególnych ruchów i schorzeń serca metodą elektroświetlną; mamy w naszym programie kwestyę dla naszego społeczeństwa pierszorzędnego znaczenia, jak pozbycie się plagi gruźliczej; wreszcie poruszono aktualną kwestyę praktyczną, która obchodzi w równej mierze tak lekarzy, jak i leczącą się publiczność, t. j. zapobieżenie rozwielmożnianiu się szalbierstwa z bezwartościowymi lekami.

Pokazuje się, że lekarze polscy kroczą z postępem naukowym. I musimy to im przyznać, że to się dzieje własnymi ich siłami.. Nie ma bowiem u nas jeszcze mecenasów nauk lekarskich; nie mamy miliarderów, którzyby fundowali szkoły lekarskie, nie mamy lordów, którzyby zakładali szpitale i zakłady specyalistyczne, niema mieszczaństwa, któreby wznosiło instytuty pasteurowskie, niemamy miast bogatych, któreby zakładały akademie lekarskie. Pomimo to nie giniemy dotąd, lecz owszem rozwijamy się, o ile nas na to stać.

Komitet organizujący miał zaledwie kilka miesięcy czasu na przygotowanie dzisiejszego zjazdu. W tym czasie starał się według możności wszystko zrobić, coby mogło Zjazdowi pracę ułatwić, a zwłaszcza uczynić ją owocną.

Było naszem staraniem wciągnąć w nasz program i te gałęzie medycyny, które stoją w bezpośrednim związku z medycyną wewnętrzną lub stanowią jej podstawę. Jesteśmy bowiem tego przeświadczenia, że dzisiejsze rozszczepianie nauki lekarskiej na drobne specyalności ma więcej ujemnych niż korzystnych stron dla zawodu lekarskiego, a więcej jeszcze dla leczącej się publiczności i że każdy lekarz powinien się starać poznać całą wiedzę lekarską, lecz nie koniecznie ma wszystko praktycznie wykonywać. Bardzo też żałujemy że zapowiedziany Zjazd kolegów chirurgów został odwołany i nie mógł się odbyć, jak to było naszem życzeniem, tuż obok Zjazdu naszego, a przez to tak potrzebna obopólna wymiana zdań pracujących na jednem i drugiem polu nie może nastąpić.

Zbyt krótki czas, jaki pozostawał Komitetowi do prac przygotowawczych, nie pozwolił na wykonanie niektórych projektów, a przedewszystkiem na urządzenie wystawy lekarskiej i zdrojowej. Musieliśmy się ograniczyć do zastawienia tego stołu biesiadnego jaki się znajduje w dzisiejszym programie. Zechcą nasi mili Koledzy, którzy pospieszyli z nad Warty, Wisły, Wilii, Dniepru i Dniestru, zasiąść z nami przy nim.

Nasz dzisiejszy Zjazd został zaszczycony obecnością wielu dostojnych i życzliwych Gości, Reprezentantów Władz Rządowych i autonomicznych, obecnością Przedstawicieli Instytucyi i Towarzystw naukowych, jakoteż Prasy polskiej.

Do Szanownych Przedstawicieli naszej prasy, która niesie oświatę i uświadomienie w najszersze warstwy naszego społeczeństwa, zwracamy się z prośbą, aby zechcieli przysłuchiwać się cierpliwie naszym obradom. Panowie przekonają się, że lekarze polscy stoją na tej samej wyżynie wiedzy lekarskiej, co i zagraniczni i na to samo zaufanie zasługują. Dowiedzą się panowie, że lekarze polscy zajmują się żywo kwestyami społecznemi. Wbrew swym interesom materyalnym z własnej inicyatywy zakładają dla dobra swego społeczeństwa stowarzyszenia higieniczne, ratunkowe, przeciwgruźlicze i inne, a czynią to własnemi siłami nawet bez poparcia interesowanego społeczeństwa.

Nawołują oni równocześnie władze do polepszenia stosunków sanitarnych w kraju.

Lekarze polscy są w naszem społeczeństwie czynnikiem postępu, kroczącym naprzód, lecz nie rozsadzającym społeczeństwa na kasty i partye, ale łączącym i jednoczącym je w imię zasad humanitarności i miłości bliźniego. Naszymi przodownikami w tym kierunku są przedwcześnie zgaśli Mężowie ś. p. Henryk Jordan w Krakowie i ś. p. Teodor Dunin w Warszawie.

Szanowni Przedstawiciele prasy zechcą szerzyć w najszerszych warstwach naszego społeczeństwa zrozumienie naszych intencyi i naszych usiłowań, aby społeczeństwo w swym własnym interesie nas zrozumiało i popierało.

Społeczeństwo nasze zechce sobie uprzytomnić, że tylko dzięki postępowi wiedzy lekarskiej, trąd, czarna ospa, dżuma nie są dziś owym średniowiecznym biczem bożym; cholera, szkorbut, dyzenterya, róża przyranna, gorączka połogowa i wścieklizna nie przejmują tą grozą, co lat temu kilkadziesiąt.

Im społeczeństwo nas lepiej zrozumie, im wcześniej i energiczniej nasze usiłowania popierać będzie, tem lepiej będzie dla niego«.

Z kolei nastąpiły przemówienia powitalne:

Krajowy referent sanitarny Radca Dworu Dr Merunowicz imieniem Rządu wita Zjazd, podnosząc znaczną poprawę stosunków sanitarnych w Galicyi dzięki pracy lekarzy. Obecny Zjazd zapowiada dalsze pomyślne wyniki w walce z chorobami zakaźnemi w naszym kraju.

Członek Wydziału krajowego Dr Bernadzikowski składa życzenia pomyślnych wyników obrad.

Prezydent miasta Krakowa Dr Leo stwierdza, iż pierwszym prezydentem m. Krakowa był słynny internista Prof. Dietl. Zachowując tradycye tego znakomitego męża, miasto wytęża wszystkie siły w kierunku poprawy stosunków sanitarnych i liczy na chętną pomoc lekarzy, których dzisiaj najserdeczniej wita.

Następnie imieniem instytucyi naukowych witali Zjazd i składali mu życzenia owocnej pracy:

Prof. Dr Cybulski imieniem Akademii umiejętności.

Prof Dr Gluziński imieniem Wydziału lekarskiego Uniwersytetu lwowskiego.

Dziekan Prof. Dr Wachholz imieniem Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Od Towarzystw lekarskich przemawiali:

Dr Gantkowski imieniem Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół nauk w Poznaniu, wyrażając żal, że Poznań nie może gościć w murach swych Zjazdu i składając zapewnienie, że lekarze poznańscy zawsze wierni pozostaną kulturze i wiedzy polskiej.

Dr Alfred Sokołowski imieniem Towarzystwa lekarskiego warszawskiego.

Dr Rzętkowski imieniem Stowarzyszenia lekarzy polskich w Warszawie.

Dr Januszkiewicz imieniem Towarzystwa lekarzy polskich w Kijowie.

Dr Opolski imieniem Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Dr Szymański (Chicago) imieniem lekarzy polskich z Ameryki.

Dr Fidler imieniem Towarzystwa lekarskiego Radomskiego.

Prof. Dr Rencki imieniem Towarzystwa lek. lwowskiego.

Prof. Dr Dobrowolski imieniem Towarzystwa lek. krakowskiego.

Jan Hr. Potocki imieniem Towarzystwa balneologicznego polskiego.

Dr Brudziński imieniem Sekcyi pedyatrycznej w Łodzi.

Dr Zanietowski imieniem komitetu międzynarodowego Zjazdów dla elektrologii i fizyoterapii.

W końcu zabrał głos imieniem całej prasy lekarskiej polskiej Dr Józef Zawadzki w słowach następujących:

»Szanowni Panowie Koledzy!

Przypadł mi w udziale zaszczyt powitania I Zjazdu internistów polskich w imieniu całej prasy lekarskiej polskiej, tej prasy, która w ciągu niespełna wieku mimo niesprzyjających okoliczności, mimo piętrzących się zewsząd trudności dosięgła w chwili obecnej niebywałego rozkwitu. Dziś ośmnaście czasopism ogólnych i specyalnych krystalizuje w sobie myśl lekarzy polskich i zdobywa sobie coraz szersze rozpowszechnienie i uznanie wśród swoich i obcych.

A jeżeli zwrócimy uwagę, że w 2 dzielnicach dawnej Rzeczypospolitej prasa ta z braku wszechnic polskich jest jedyną ostoją nauki polskiej, że skupia tam wszystkie siły, dążące do rozwoju medycyny polskiej — zrozumiemy specyalne jej dla nas znaczenie

Do jej rozrostu, do jej spotężnienia w stopniu znacznym obok towarzystw przyczyniały się Zjazdy lekarskie ogólne i specyalne. One to pobudzają i zapładniają myśl do pracy, zostawiając w rocznikach wiedzy ślady niestarte.

Jestem pewien, że i I. Zjazd internistów polskich, który tylu mężów wybitne w nauce naszej zajmujących stanowisko zgromadził, przyczyni się do dalszego rozwoju naszego piśmiennictwa. Upoważnia mnie do tego obfity program i rozległe traktowanie sprawy.

Jestem pewien, że w rocznikach wiedzy naszej Zjazd zapisze się niestartemi zgłoski, zbogacając je cennemi a licznemi pracami.

Toteż imieniem prasy lekarskiej, która te prace w dalszą przekaże potomność, witam I. Zjazd internistów polskich życzeniem, by był pierwszem ogniwem w szeregu innych, a jednocześnie składam podziękowanie jego inicyatorom i organizatorom«.

Następnie sekretarz Dr Korolewicz odczytał nadesłane do chwili otwarcia Zjazdu telegramy i pisma powitalne:

Od Towarzystwa naukowego warszawskiego z podpisem Prezesa Jabłonowskiego i sekretarza Doc. Dra Wł. Janowskiego.
Od poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk.
Od Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.
Od Towarzystwa higienicznego lwowskiego z podpisem Prezesa Dra Ferdynanda Obtułowicza.
Od Redakcyi »Nowin lekarskich« w Poznaniu.
Od Redakcyi »Czasopisma galicyjskiego Towarzystwa aptekarskiego«.
Od Redakcyi »Chemika polskiego« w Warszawie.
Od Dra Chłapowskiego i Zakrzewskiego z Poznania.
Od Dra Chrostowskiego z Warszawy.
Od Prm. Dra W. Piska ze Lwowa.
Od Prof. Dra Witolda Orłowskiego z Kazania.
Od Prof. Dra M. L. Jakubowskiego, Prof. Dra L. Marchlewskiego i Prof. Dra Ponikły z Zakopanego.

Wszystkie przemówienia, telegramy i pisma witano żywymi oklaskami.

Prof. Dr Jaworski, prezes Komitetu urządzającego, przemówił w następujące słowa:

»Wszystkim Szan. Przedstawicielom władz i instytucyi, którzy nas zaszczycili swojem powitaniem, składamy podziękowanie.

W szczególności wdzięczni jesteśmy za udział w zjeździe naszym naszemu Rządowi Krajowemu, jedynemu na ziemiach polskich, który z nami czuje i nas rozumie i prosimy go, aby pozostawał i na przyszłość naszym łaskawym orędownikiem spraw naukowych, zawodowych i sanitarnych u władz centralnych.

Podziękowanie składamy wysokim Władzom wojskowym, c. k. Ministerstwu Wojny i Ministerstwu obrony krajowej za ułatwienie wzięcia udziału lekarzom wojskowym w naszym Zjeździe. Witamy Szan. Kolegów wojskowych, którzy pomimo swych ciężkich obowiązków, zechcieli tu przybyć.

Szefowi departamentu Sanitarnego Wydziału Krajowego, który jako praktyczny lekarz zna potrzeby sanitarne kraju i potrzeby nauki lekarskiej, dziękujemy serdecznie za jego przybycie na Zjazd i życzymy Mu, aby Jego zamiary w czyn zostały wprowadzone.

Cenimy wysoko przybycie do nas Świetnej Reprezentacyi naszego gościnnego miasta.

Wysokim instytucyom naukowym: Akademii Umiejętności i obydwu Wydziałom Lekarskim, z których czerpiemy naszą wiedzę, nasze podziękowanie.

Ucieszeni jesteśmy życzliwością Szanownych Redakcyi pism naszych i Towarzystw Lekarskich, którzy wszyscy pospieszyli do nas, nawet z najdalszych kresów, aby w ten sposób stwierdzić jedność duchową, nas wszystkich łączącą«.

Prezesem Zjazdu wybrano przez aklamacyę Prof. Dra Antoniego Gluzińskiego, a sekretarzami honorowymi Dra Rzętkowskiego z Warszawy, Dra Gantkowskiego z Poznania, Doc. Dra Frankego ze Lwowa i Doc. Dra Latkowskiego z Krakowa.

I. Referat główny.

Dr Kazimierz Rzętkowski (Warszawa). **O leczeniu gruźlicy płuc.**

Referent rozważa sprawę kryteryów wyleczenia gruźlicy płuc z punktu widzenia anatomo-patologa, socyologa, higienisty i klinicysty; stwierdza, że zupełne pod względem klinicznym wyleczenie chorego na gruźlicę płuc jest możliwe, choć i w praktyce rzadko i trudno osiągnąć się daje; zastanawia się nad tem, w jakich przypadkach leczenie gruźlicy płuc ma szanse najlepsze. Wreszcie omawia rozmaite sposoby i metody leczenia gruźlicy płuc, jako to: 1) farmakoterapię, 2) leczenie sanatoryjne, 3) leczenie specyficzne (zwłaszcza leczenie tuberkuliną), 4) leczenie chirurgiczne. Pod względem ilości wyników dodatnich z powyższych metod na miejscu najpierwszem stawia metodę leczenia sanatoryjnego.

Dr J. Brudziński (Łódź). **O zapobieganiu i leczeniu gruźlicy płuc u dzieci.**

B. omawia częstość gruźlicy płuc u dzieci i śmiertelność z gruźlicy w różnych okresach wieku, poczem daje krótki rys dróg zakażenia gruźliczego. W celu wyświetlenia kierunku, w jakim pójść powinny usiłowania zapobiegawcze, podnosi sprawę usposobienia do gruźlicy, przyczem omawia teoryę Freunda z punktu widzenia zapobiegawczego, z tego też punktu omawia znaczenie odczynów Pirqueta i Calmettea, poczem nakreśla sposoby zapobiegania gruźlicy płuc u dzieci (uzdrowiska dla dzieci słabowitych), mówi o gruźlicy w szkole i roli szkoły w walce z gruźlicą. Na zakończenie omawia sprawę leczenia gruźlicy płuc u dzieci (uzdrowiska dla dzieci gruźliczych) i próby i widoki leczenia swoistego.

Jako myśl przewodnią stawia B.: Gruźlica powstaje w wieku dziecięcym, przeciwko tej gruźlicy dziecięcej najusilniejsze skierować należy zabiegi zapobiegawcze i lecznicze.

Wykłady.

I) Dr Kazimierz Dłuski (Zakopane). **I. Ogólne uwagi o swoistem leczeniu gruźlicy. II. O stosowaniu tuberkuliny Beranecka w sanatoryum w Zakopanem.**

I. Prelegent omawia tuberkuliny Kocha i inne pokrewne preparaty, — wykazuje sprzeczności w teoretycznych uzasadnieniach swoistego leczenia i sprzeczności w klinicznem stosowaniu. Następnie podnosi trudność udowodnienia z empirycznego stanowiska wyższości leczenia tuberkulinami nad zwykłą metodą higieniczno-dyetetyczną (doświadczenia nad zwierzętami i statystyka wyników swoistego leczenia u ludzi), omawia rozmaite sprzeczne teorye o odczynie tuberkulinowym. — Prelegent rozpatruje teoryą »allergii« v. Pirqueta w związku ze swoistem leczeniem gruźlicy, podnosząc niektóre objawy kliniczne, ze stanowiska tej teoryi niewyjaśnione, a następnie teoryę »lizyn« Wolf-Eisnera w związku ze swoistem leczeniem gruźlicy; teorya ta również niektóre objawy kliniczne pozostawia niewyjaśnione. Podawszy ogólne uwagi o »antytuberkulinie« i o pojęciu »antytoksyn« w gruźlicy, stwierdza prelegent, że ostatecznie sprawa uodpornienia przeciw lasecznikowi gruźliczemu dotąd jest niewyjaśniona.

II. Drugą część wykładu poświęca prelegent tuberkulinie Beranecka, omawiając teoretyczne jej uzasadnienie przez autora, jej właściwości, doświadczenia Beranecka nad zwierzętami, kliniczne i teoretyczne uzasadnienie przez Sahliego, metodę Sahliego i szczegóły klinicznego stosowania, wyniki otrzymane w różnych klinikach z Tbk. — Wreszcie zdaje sprawę ze stosowania Tbk w Sanatoryum w Zakopanem wedle metody Sahliego i z przebiegu klinicznego przypadków leczonych. Wyniki pomyślne uzyskano w 61%, z czego wyleczono w znaczeniu klinicznem 25%, a znaczna poprawa nastąpiła w 36%.

II) Dr G a n t k o w s k i, (Poznań). **Krótki pogląd na działalność Poznańskich miejskich stacyi opiekuńczych dla gruźliczych i alkoholików.**

W większych miastach Rzeszy Niemieckiej zakłada się coraz częściej t. zw. stacye opiekuńcze dla gruźliczych, lub alkoholików. Stosunek gruźlicy płucnej, oraz alkoholizmu do pauperyzmu spowodował urządzenie tych stacyi w łączności z wydziałami miejskimi dla spraw ubóstwa. Istotą stacyi dla gruźliczych jest opieka nad chorymi, ich otoczeniem, oraz uświadamianie i zapobieganie szerzeniu się gruźlicy. Stacyą kieruje lekarz, a jego czynnością jest badanie chorych w godzinach przyjęcia stacyi, oraz ile możności członków rodziny chorego; w mieszkaniu odwiedza lekarz stacyi chorego tylko w wyjątkowych razach, zaś właściwą opiekę nad nim i rodziną roztacza siostra miłosierdzia, w sprawach gruźlicy s p e c y a l n i e w y k s z t a ł c o n a. Funkcye sióstr miłosierdzia (w Poznaniu przez miasto utrzymywanych sióstr gminnych), są następujące: badanie mieszkania chorego pod względem higienicznym, możliwe odosobnienie chorego, uświadamianie chorego i jego otoczenia, rozdawanie spluwaczek, oraz koniecznych środków odkażających, w razie potrzeby starania o lepsze pożywienie i mleko, konferencye z lekarzami, leczącymi chorych, a w razie braku opieki lekarskiej, staranie o leczenie ich, dalej stwierdzenie, czy w razie śmierci chorego, lub przeprowadzki mieszkanie w należyty sposób zostało odkażone.

Materyał na stacyi stanowią chorzy, przekazywani stacyi przez lekarzy i wydział miejski dla spraw ubóstwa, oraz chorzy, dobrowolnie w stacyi się zgłaszający. Lekarz stacyi pośredniczy także w przedstawianiu wniosków prowincyonalnemu urzędowi ubezpieczenia przeciw niemocy i starości o leczenie w sanatoryach ludowych, wreszcie przeprowadza leczenie zapobiegawcze u słabych dzieci suchotników w schroniskach dla dzieci, po największej części na koszt miasta. Dane statystyczne z 2-letniej działalności Poznańskiej stacyi dla gruźliczych (za czas od I. IV. 1907 do I. IV. 1909). Godziny przyjęcia (we wtorki i piątki popoł. od 4—6) 210 razy, wykonano badań 2552 (a więc średnio 12 na posiedzenie). Siostry stacyi odbyły dziennie średnio 10—15 wizyt w mieszkaniu chorych, stwierdziły odkażenie mieszkania 74 razy, ułatwiły zmianę mieszkania niehigienicznego 20 razy, wydały środki odkażające do użytku domowego w 80 przypadkach, wystarały się o pożywienie lepsze w 127 przyp., o mleko w 184, o pościel w 14, o dodatek do wynajęcia większego zdrowszego mieszkania w 17, o wspomożenie rodzin przez miasto w 51, o wspomożenie rodzin (z innych funduszów) w 37, o lżejszą pracę w 47, o środki do pielęgnowania w 20, o lekarstwo w 34, o leczenie w szpitalu w 64, o leczenie poliklinicze (26 × tuberkuliną) w 74, o ubranie i bieliznę dla bardzo biednych chorych przed ich wysłaniem do leczenia w 11 przypadkach. Lekarz stacyi przeprowadził z pomyślnym skutkiem wnioski o leczenie w uzdrowiskach ludowych w 97 przypadkach.

W bardzo podobny sposób urządzona jest miejska stacya opiekuńcza dla alkoholików. Materyał chorych składa się z takich, którzy dobrowolnie do stacyi się zgłaszają, lub takich, których rodzina do opieki poleca i wreszcie takich, których władza policyjna co kwartał podaje, jako policyjnie karanych za przestępstwa, popełnione w stanie opilstwa. Stacyą kieruje lekarz, administracyjnie radca magistratu, do pomocy służy siostra, w sprawach alkoholizmu wyszkolona. Godziny przyjęcia odbywają się raz w tygodniu. Lekarz bada chorych, uświadamia ich co do skutków alkoholizmu, podaje żonie i dzieciom starszym sposoby, prowadzące w życiu codziennem do wstrzymania ojca, lub męża od pijaństwa, przeprowadza w odpowiednich przypadkach wnioski o umieszczenie chorych w lecznicy dla alkoholików. Siostra stacyi zwiedza mieszkania chorych i informuje się o stosunkach. Do jej pomocy zaprasza stacya opiekunki i opiekunów, zobowiązanych zdawać sprawę o prowadzeniu się chorych. W ciągu $1^1/_2$ roku (od 1. X. 1907, do 1. IV. IV. 1909) roztoczyła stacya opiekę nad 220 osobami; z tych chorowało na gruźlicę (na podstawie alkoholizmu) 9, a w 32 przypadkach stwierdzono gruźlicę u dzieci alkoholików. W lecznicach dla alkoholików leczono 15 osób, w 9 przypadkach z dobrym skutkiem. O pracę wystarano się w 150 przypadkach, zmianę zatrudnienia spowodowano w 6 przypadkach z korzyścią dla chorych. Stacya przyczyniła się także do tego, że urządzono we wszystkich dzielnicach miasta miejskie stacye sprzedaży mleka, jakoteż sprzedaż trunków bezalkoholowych. Dodać należy, że praca tak w stacyi dla gruźliczych, jak i dla alkoholików przedstawia ciągłość, bo każdy chory ma swoje akta, które przechodzą systematycznie biura registratury.

Wnioski: W obecnych stosunkach jest rzeczą konieczną, by gminy miejskie zakładały stacye opiekuńcze dla gruźliczych i alkoholików; lekarze zaś polscy powinni ze względu na własne społeczeństwo starać się o to, by takie stacye po miastach zakładano, lub też powinni na własną rękę przy pomocy ludzi dobrej woli zakładać biura informacyjne w sprawie zwalczania gruźlicy i alkoholizmu.

III) Doc. Dr S z u m o w s k i (Lwów). **Przypadki gruźlicy płuc leczone metodą Krokiewicza.**

Metoda Krokiewicza jest bardzo skomplikowana; podany lek składa się bowiem z kilkunastu środków. S. posiada 7 przypadków, leczonych w klinice prof. Gluzińskiego. Do leczenia brał przypadki gruźlicy we wszystkich 3 okresach, z 7 przypadków 4 były w ambulatoryjnem leczeniu, zaś 3 w klinice. Chorzy dostawali pigułki i wstrzykiwania. Wszyscy chorzy znosili bardzo łatwo leczenie. — W jednym tylko przypadku zauważył S. lekkie podniesienie ciepłoty i bóle głowy. — Wybitnego działania nowej metody przy małej zresztą ilości wstrzyknięć nie zauważono. Obserwowane przypadki nie zniechęcają do nowej metody.

IV) P r y m. D r K r o k i e w i c z (Kraków). **Wyniki leczenia gruźlicy własną metodą.**

Prelegent na podstawie spostrzeżeń własnych klinicznych i anatomopatologicznych dwudziestoczteroletnich, dochodzi do przekonania, iż w przeważnej ilości przypadków pierwotne zakażenie jadem gruźliczym następuje drogą narządu oddechowego przez wdychanie; znacznie rzadziej przez przewód pokarmowy a bardzo rzadko przez obrażenie powłok zewnętrznych i krążenie łożyskowe. Natomiast chorzy dotknięci pierwotną gruźlicą płuc ulegają prawie zawsze następczo wtórnemu zakażeniu od przewodu pokarmowego przez połykanie plwocin, zawierających prątki gruźlicze. Tę ostatnią okoliczność należy uważać jako jedną z ważnych przyczyn, dla której opanowanie sprawy gruźliczej u chorego natrafia na takie trudności.

Uwzględniając fakty co do przebiegu zakażenia gruźliczego, prelegent postanowił zadziałać w ten sposób środkami leczniczymi, aby z jednej strony zmniejszyć siłę jadu prątka gruźliczego i zapobiegać zakażeniu wtórnemu przez przewód pokarmowy, a z drugiej strony podnieść ogólną odporność ustroju. W tym celu zastosował w odpowiedniem połączeniu środki lecznicze, znane już ze skutecznego działania w gruźlicy, jak. przetwory kreozotu (kali sulfoguajacolicum, gujasanol), środki antyseptyczne (eucalyptol, thymol, salol), środki wzmagające przemianę materyi i wywołujące leukocytozę (atoxyl, hetol); — prócz tego zastosował wspólnie z środkami leczniczymi i przetwory tuberkulinowe w nadzwyczaj małych dawkach (tuberkulol, tuberal), aby w ten sposób po uwięzieniu i zobojętnieniu ich jadowitych własności — możliwie jak najoględniej i nieszkodliwie zadziałać czynnie na prątki gruźlicze. Powyższe środki lecznicze stosował K. chorym równocześnie t. j. podawał na wewnątrz pigułki znane w aptekach krakowskich pod nazwą Pillulae eucalypti compos. fabr. Benke przez 3 miesiące (po 6 dziennie) i stosował równocześnie co 4 dzień wstrzykiwania podskórne

płynów naprzemian, znanych obecnie pod nazwą: Sol. guajasanoli comp. Nr I. i Nr II. za każdym razem po 2 gr. W ten sposób wykonał 6595 wstrzyknięć podskórnych u 253 chorych a mianowicie w 211 przypadkach gruźlicy płuc i w 27 przypadkach gruźlicy błon surowiczych, w 3 przypadkach gruźlicy gruczołów i w 12 przypadkach gruźlicy kości i stawów.

Chorzy dotknięci gruźlicą płuc okazywali II i III okres zmian chorobowych. W II okresie zmian chorobowych leczył 103 chorych (39 m., 64 k.). Ze względu na zmiany chorobowe można było stwierdzić w 66%, infiltratio apicum i w 33% infiltratio apic., haemoptoe; u 1% infiltratio apic., laryngitis catarrhalis. Ogólna ilość wstrzyknięć wynosiła 2543 a w poszczególnym przypadku 20. W okresie tym wyniki leczenia były korzystne, gdyż w 94% wyleczenie a 5·8% znaczne polepszenie.

W III okresie gruźlicy płuc leczył 108 chorych (58 m., 50 k.). Ogólna ilość injekcyi wynosiła 2797 a w poszczególnym przypadku około 20—30. Ze względu na zmiany chorobowe w 70% stwierdzono rozpad znaczny płuc: w 15% obok rozpadu płuc krwotok płucny; w 13% zmiany gruźlicze w krtani, a w 1% obok zmian rozpadowych w płucach i zmiany gruźlicze w narządzie moczopłciowym; w każdym przypadku biegunka. To też wyniki leczenia w tym okresie gruźlicy płuc nie są zbyt korzystne; mimo to zauważył prelegent znaczne polepszenie u 9·2%; brak polepszenia i pogorszenia u 46·3%, a stanowcze pogorszenie w 44·6%.

W gruźlicy błon surowiczych leczył 27 chorych (12 m. 15 k.) a mianowicie z powodu zapalenia opłucnej 48%, otrzewnej 40·6% i wielokrotnego zapalenia błon surowiczych (polyserositis) w 11·2%. W 7·4% nastąpiło pogorszenie z zejściem śmiertelnem, w 29·5% polepszenie znaczne, a w 51·7% polepszenie bardzo znaczne tak dalece, iż chorzy mogli się oddawać swemu zajęciu. Ogólna ilość injekcyi wynosiła 707, a w poszczególnym przypadku najwyżej 112; przeciętnie 20.

W gruźlicy gruczołów szyjnych leczył 3 chorych; ogólna ilość wstrzykiwań wynosiła 110, a w pojedynczym przypadku 55, 30, 25. W 2 przypadkach (2 k.) gruczoły zmniejszyły się do prawidłowych rozmiarów jużto przez wessanie, jużto przez miejscowe zropienie; u jednej kobiety nastąpiło pogorszenie, jednak nie ze względu na zmiany gruźlicze w gruczołach szyjnych, tylko z powodu zaostrzenia się biegunki.

W przebiegu gruźlicy kości i stawów leczył 12 chorych (4 m. 8 k.). Wogóle wykonał 429 wstrzyknięć i największa ilość w pojedynczym przypadku wynosiła 73; przeciętnie 20. Ze względu na umiejscowienie się sprawy chorobowej leczono: gruźlicę stawu kolanowego w 3 przyp., stawu biodrowego w 2 przyp., łokciowego w 1 przyp., kręgów w 4 przypadkach i kości w 2 przyp. W 10 przypadkach t. j. (3 przyp. gruźlicy kręgów i 7 przyp. gruźlicy kości i stawów) osiągnięto znaczne polepszenie.

Wogóle dochodzi prelegent do następujących wniosków:

Rozpatrując rzecz bliżej nie da się zaprzeczyć, iż przy zastosowaniu powyższej metody leczniczej osiągnąć można bardzo zadawalniające i do dalszych prób zachęcające wyniki lecznicze u chorych, dotkniętych gruźlicą płuc w I. i II. okresie, a nawet i przy rozpadowych zmianach miąższu płucnego, zwłaszcza, jeśli chorzy nie są skłonni do wysokiej trawiącej gorączki, jak i do szybkiego t. zw. galopującego przebiegu. W razie krwotoku płucnego wskazaną jest przerwa 4 tygodni i dłużej; toż samo i w czasie słabości miesięcznej przez czas krwawienia. — Po krwotoku płucnym lepiej liczbę wstrzykiwań ograniczyć do 10 — i po 2 miesiącach zabieg ten kilkakrotnie powtarzać. Również i początkowe zmiany gruźlicze w kościach i stawach jak i zmiany gruźlicze w gruczołach, na błonach surowiczych opłucnych i otrzewnej nadają się do tego sposobu leczenia; natomiast gruźlica opon mózgowych, krtani, tudzież rozległe wrzody jelitowe stanowią przeciwwskazanie.

Pod wpływem podawania wewnętrznego chorym powyższych pigułek przez dłuższy czas (2—3 miesięcy) i stosowania równocześnie co 4 dzień wstrzykiwań podskórnych w ilości 2 grm płynu naprzemian Nr I. i Nr II. ustępowały zmiany fizyczne jakoteż poty, dreszcze, gorączka; kaszel i odpluwanie były mniejsze. Chorzy odzyskiwali siły, okazywali przybytek na wadze i wogóle większą odporność przeciw rozwojowi gruźlicy.

Skład krwi ulegał zmianie, gdyż można było zauważyć zwiększanie się znaczne ciałek czerwonych krwi i hemoglobiny, tudzież leukocytozę wielojądrzastą neutrofilną. Nigdy nie wystąpiło powikłanie ze strony nerek, jak białkomocz, pomimo, iż ilość wstrzyknięć dochodziła i do 112 w jednym przypadku. Taki stan korzystny utrzymywał się przez kilka miesięcy, następnie trzeba było powtarzać leczenie kilkakrotnie co 3 miesiące, ograniczając zażywanie pigułek i wstrzykiwanie już tylko do 4 tygodni.

Uwzględniając niezbyt korzystne warunki, jak pobyt w szpitalu i odżywianie szpitalne, należy spodziewać się jeszcze lepszych i trwalszych wyników, skoro leczenie to znajdzie zastosowanie przez dłuższy czas i wśród sprzyjających higienicznych i klimatycznych warunków.

V) Dr J. Brudziński (Łódź). **O nowych objawach w zapaleniu opon mózgowych u dzieci (objaw karkowy i odruch drugostronny).**

B. spostrzegał dwa nowe objawy w przypadkach zapalenia opon mózgowych u dzieci: — odruch drugostronny polega na tem, że zgięcie bierne jednej kończyny dolnej wywołuje odruchowe zgięcie drugostronnej kończyny dolnej (odruch drugostronny identyczny). Oprócz przypadków zapalenia opon mózgowych spostrzegał B. występowanie objawu tego u dzieci z bardzo cofniętym rozwojem fizycznym i psychicznym w wieku do lat 2, co się tłómaczy zatrzymaniem rozwoju ich systemu nerwowego (na najniższych szczeblach rozwoju systemu nerwowego wszelkie ruchy kończyn dolnych są parzyste). Odruch ten zaliczyć należy do kategoryi współruchów (Mitbewegungen). W przypadkach zapalenia opon mózgowych występuje w około 60% przypadków. — Objaw karkowy polega na tem, że przygięcie bierne karku ku przodowi wywołuje zgięcie kończyn dolnych w stawach kolanowym i biodrowym. Objaw ten spotyka się prawie we wszystkich przypadkach, podejrzanych o zapalenie opon mózgowych (około 95%) i zdaniem B. posiada duże znaczenie różniczkowo-rozpoznawcze. Spotyka się znacznie częściej, niż objaw Kerniga i Babińskiego.

Oprócz tych objawów zauważył B występowanie objawu Babińskiego w niektórych przypadkach zapalenia opon gruźliczego przy sadzaniu dziecka (bez drażnienia podeszwy) na obu kończynach dolnych jednocześnie (Babiński bilateral), oraz występowanie objawu Babińskiego przy zginaniu jednej kończyny dolnej na kończynie drugostronnej, co B. nazywa: — Babiński contralateral.

VI) Dr Radliński (Kraków). **O operacyjnem leczeniu rozedmy płuc.**

Omówiwszy anatomię patologiczną, patologię i klinikę Freundowskiej postaci rozedmy płuc i przytoczywszy 7 przypadków, dotychczas operowanych w różnych krajach, podaje prelegent następujące dwa przypadki z kliniki krakowskiej, operowane przez Prof. Kadera:

1) Chory lat 49, rolnik, nie może z powodu silnej duszności i kaszlu pracować od $1\frac{1}{2}$ roku. Sinica śluzówek, miażdżyca tętnic. W sercu zmian niema, tylko pokryte jest rozdętem płucem. Typowego wdechowego ustawienia klatki brak, natomiast widoczną jest przy każdym z częstych (28) oddechów praca mięśni szyjnych. Rozszerzalność klatki na wysok. sutków: 2 cm w obwodzie. Poza tem na szyi mały zamostkowy wól — od lat 20 powoli się powiększający. 27. X. 1908 usunięcie wola oraz jednoczasowa dwustronna operacya: z prawej strony wycięto $\frac{1}{2}$—2 cm z kostnych części żeber 2—5, po lewej chondrotomia tych samych żeber. Wynik dobry. Po 10 tygodn. chory ma mniejszą duszność, przesuwalność granic płuc z $\frac{1}{2}$ cm wzrosła do szerokości żebra, klatka piersiowa uległa rozszerzeniu, a równocześnie z tem i amplituda ruchów oddechowych wzrosła z 2 na 3 cm na wysok. sutków (w obwodzie).

2) Chory, lat 32, górnik, od lat 20 męczy go kaszel i duszność, w ostatnich czasach tak silna, że nie mogąc pracować, zwrócił się do kliniki chorób wewn. Prof. Jaworskiego, który uprzejmie skierował chorego do kliniki chirurg. Budowa typowa dla »sztywnego rozszerzenia klatki piersiowej«: szyja krótka, beczkowata pierś, ruchomość klatki mała, praca mięśni oddechowych wyraźna, chwytanie powietrza przy wdechu otwartemi ustami, na minutę oddechów 24; rozszerzalność 2—$2\frac{1}{2}$; granice płuc obniżone o jedno żebro, ruchome prawie normalnie. Wybitna sinica. Zmian w sercu, ani w moczu niema. Dokonano 29. I. 1909 dwustronnie jednoczasowo resekcyi kostnych części 2—6 żebra po 2 cm. Wynik zarówno podmiotowo, jak i określony pomiarami — niewystarczający, wobec czego po 9 tygodniach (30. III.) dokonano chondrotomii żeber 7—10 aż do łuku żebrowego po 2 cm z jednej strony — prawej. Tym razem wynik znacznie się poprawił i u chorego, przy wyjściu z kliniki w czerwcu, stwierdzono, że rozszerzalność klatki piersiowej na wysok. wyrostka mieczykowatego wzrosła z $2\frac{1}{2}$ do $4\frac{1}{2}$ cm, pojemność życiowa płuc z 2100 na 2600 cm, ilość powietrza przy spokojnem oddychaniu z 200 na 400. Jednocześnie zmniejszenie obwodu klatki piersiowej na wyżej wspomnianym poziomie

z 88 na 85 cm. Subjektywnie oddychanie znacznie lżejsze (16 na min.).

Z zestawionych tu przypadków można już w pewnych kierunkach zaznaczać, jeżeli nie wyprowadzać wnioski.

1) Ponieważ zarówno w obu naszych przypadkach, jak i u innych autorów po jednoczasowej dwustronnej operacyi wystąpiły objawy silnego obostrzenia nieżytu oskrzeli, które przy pracy serca słabszej od normalnej może mieć nawet groźne skutki, a które powstaje skutkiem utrudnienia wydalania wydzieliny płucnej z powodu zarówno oszczędzania przez chorego klatki piersiowej, jak wskutek zapadnięcia się płuc po operacyi — operacyę należy wykonywać nie jednoczasowo — ale dwuczasowo, naraz po jednej stronie. W niektórych przypadkach (Stieda) może to nawet zupełnie wystarczyć.

2. Czy wykonywać kostotomię czy chondrotomię, rozstrzygnięte nie jest; za chondrotomią przemawiałoby to, że chrząstki trudniej się odradzają i nie tak łatwo o powrót do status quo ante. Za wycinaniem kostnych części żeber przemawia większe na tej drodze osiągnąć się dające uruchomienie klatki. Natomiast o ile z jednego przypadku wnosić można, znaczny postęp w technice tej operacyi będzie stanowiło po raz pierwszy przez Prof. Kadera zaprojektowane i wykonane uruchomienie całej połowy klatki piersiowej, aż do łuku żebrowego, a więc od 2 do 10 żebra. Wycięcie tylko górnych żeber wskutek napięcia otaczających żebra miękkich części, nie przywraca klatce piersiowej pożądanej ruchomości w takim stopniu, jak to powoduje wydłużenie linii uruchomienia aż do łuku żebrowego.

Wskazania do operacyi należy rozszerzyć. Wskazują na to pomyślne wyniki wszystkich zabiegów, pomimo, że nie we wszystkich był obraz odpowiadający Freundowskiej rozedmie. Mianowicie, pomimo chondrotomii i uwidocznienia chrząstek, zmiany u nich nie zawsze znaleziono, dalej nie było inspiracyjnego ustawienia żeber, o czem można wnosić z braku cofnięcia się końca żebra po przecięciu jego ciągłości ku wewnątrz i na dół, co podnosi Freund — w 3 przypadkach z opisanych. W jednym przypadku było nawet cofnięcie się końca żebra w chwili uwolnienia go, ku zewnątrz, a więc jakby z pozycyi wydechowyj do wdechowej. Można więc mówić o wskazaniu do operacyi nie tylko przy wdechowem »sztywnem rozszerzeniu klatki«, ale i przy unieruchomieniu klatki wogóle na tle zesztywnienia. O takiem zesztywnieniu i unieruchomieniu wnosić można z małych — poniżej 2 ctm. różnic w obwodzie na poziomie sutków przy wdechu i wydechu z małych cyfr otrzymanych spirometrem (norma: pojemność życiowa 3500 ctm³, powrotne oddechowe 500 ctm³; obniżenie: 2100 nasz, 2000 Seidel, 800 Hildebrand.; pow. oddechowe 200 nasz przypadek).

Za istnieniem przebiegającego niekoniecznie z wdechowem rozszerzeniem, zesztywnienia klatki piersiowej przemawia i to, że po operacyi następuje niezawsze cofnięcie się obwodu klatki do pozycyi wydechowej, lub średniej, lecz naodwrót — rozszerzenie jej przy jednoczesnem uruchomieniu. Klinicznie mają te przypadki cechy rozedmy, małą ruchomość płuc, duszność, nieżyt oskrzeli — a to wskutek niedostatecznej wentylacyi. Naturalnie w każdym razie wyniki będą o tyle lepsze, o ile młodszych ludzi będziemy operować, o ile cierpienie wystąpiło niedawno i objawy niezbyt są nasilone, wreszcie, o ile nie wystąpiły jeszcze powikłania ze strony serca i innych narządów.

Przypadki operacyi tego rodzaju nadają się w zupełności do wykonania w znieczuleniu lędźwiowem. Nasz pierwszy był operowany przy zastosowaniu 0,08, drugi 0.11 tropakokainy w rozczynie 2% — z zupełnem powodzeniem.

Dyskusya.

Dr Alfred Sokołowski z Warszawy zgadza się z poglądami kol. Rzętkowskiego na leczenie sanatoryjne, które daje w leczeniu gruźlicy tak piękne wyniki i tak znakomitą statystykę, bo do 80% wyleczeń. Jednakże to, co napotyka się w praktyce, nie zgadza się z tą statystyką: — 80% poprawy i wyleczeń, to obliczenie procentowe z tych przypadków, które mają warunki do polepszenia i leczenia, nie obejmuje jednak przypadków straconych i nieprzyjmowanych do sanatoryów. Stąd słusznem jest dążenie do leczenia swoistego, zawsze jednak postępować należy z wielkim krytycyzmem. Nie wykluczonem jest znalezienie na drodze eksperymentalnej leku ze świata roślinnego lub mineralnego. Przechodząc do referatu kol. Brudzińskiego, podnosi Sokołowski znaczenie profilaktyki w gruźlicy; tu jednak tylko przewrotowe reformy socyalne mogą doprowadzić do wyników. — Wspomina o urządzeniu dyspensatoryum w Warszawie, które się pomyślnie rozwija.

Dr Tomasz Janiszewski (Kraków). Zrozumienie znaczenia zdrowia i pracy ludzkiej dla państwa i narodu jest jedną może z najbardziej doniosłych cywilizacyjnych zdobyczy naszych czasów. To zrozumienie znaczenia zdrowia ludzkiego z jednej strony, a z drugiej strony wynik badań przyczyn śmierci i chorowań, zwróciły uwagę społeczeństw na jednego z największych wrogów tego życia i zdrowia — na gruźlicę. Jeżeli dojście do tego przeświadczenia jest ważne dla innych narodów, to czyż potrzeba dodawać, o ile ważniejszem jest ono dla nas? Utrzymanie zdrowia, zrozumienie i przejęcie się ważnością tej sprawy, rozstrzyga o przyszłości naszego narodu.

Gdy się obecnie mówi o zapobieganiu i zwalczaniu gruźlicy, to niepodobna przemilczeć o zwrocie, jaki w poglądach na tę sprawę w ostatnich dziesięciu latach się dokonał. Porzucono obecnie zbyt wyłączne, że się tak wyrażę, bakteryologiczne stanowisko w tej sprawie, a ogólnie prawie uznano, że droga dążeń do zwiększenia odporności ustroju i zmniejszenia usposobienia do gruźlicy jest jedynie właściwą. Zrozumiano też, że walka z gruźlicą jest nie tylko sprawą lekarską, ale przedewszystkiem jedną z najważniejszych spraw społecznych i narodowych.

Z tej zmiany zapatrywań na zadania profilaktyki gruźlicy wynika potrzeba odmiennego przedstawienia tej sprawy. Nie można obecnie ograniczyć się do wyliczania środków, zapomocą których dążymy do zapobiegania gruźlicy, gdyż lista tych środków, nawet gdyby była nieskończenie długą, jeszcze nie objęłaby całości.

Zdaniem mojem możnaby sprawę zapobiegania i zwalczania gruźlicy przedstawić w następujący sposób[1]): Wszystkie środki i sposoby, zapomocą których zapobiegamy i zwalczamy gruźlicę, dadzą się ująć w dwie grupy. Do pierwszej zaliczyć można te środki i usiłowania, które należą lub powinny należeć do zakresu działania państwa, władz autonomicznych, lub przeprowadzone być powinny wspólnemi siłami całego społeczeństwa. Do drugiej zaliczamy te przepisy, które wypełniać powinien każdy człowiek. Pierwsze należą do zakresu t. zw. higieny społecznej, drugie stanowią treść higieny osobistej. Mamy prawo domagać się, aby pierwsze zadanie spełniały państwo i władze autonomiczne z poparciem całego społeczeństwa, sami zaś obowiązani jesteśmy jak najskrupulatniej wypełniać drugie. Podział taki, jak każdy podział, nie może być doskonały. Są zadania, które odnosić się będą po części do jednego, po części do drugiego zakresu działania, że przytoczę tylko sprawę higieny mieszkań. Ale takie postawienie sprawy wyświetla nam odrazu, jak rozkładają się ciężary i obowiązki, pozwala łatwiej zoryentować się w całej tej obszernej sprawie, uwzględnia ten należyty stosunek, jaki istnieć powinien w każdem ucywilizowanem państwie pomiędzy obywatelem a rządem, w końcu wyjaśnia ludziom, że cała sprawa zapobiegania i walki z gruźlicą nie jest bynajmniej jakąś akcyą filantropijną, ale, że należy ona do obowiązków władz i każdego z członków społeczeństwa.

Wrogiem postępu na polu higieny jest rozdźwięk, jaki panuje często pomiędzy ustalonymi zdobyczami wiedzy, a zastosowaniem tych zdobyczy w życiu. Taka pewnego rodzaju sprzeczność pomiędzy teoryą a praktyką istnieje w sprawie usuwania i unieszkodliwiania plwocin. Nauka powiada nam, że plwocina człowieka chorego, czy wilgotna, czy zeschnięta, jest szkodliwą i może stać się przyczyną szerzenia się chorób zakaźnych. Wiemy, że nawet w plwocinie ludzi zdrowych znajdować się mogą zarazki chorobotwórcze. W powietrzu otwartych przestrzeni nie znajdujemy wprawdzie zbyt wiele zarazków chorobotwórczych, nie ulega jednak wątpliwości, że w powietrzu naszych mieszkań jest ich znacznie więcej, że jeżeli chodzi o gruźlicę, to źrodłem, skąd one dostają się do powietrza, jest plwocina. Wiemy, że wskutek złego zwyczaju spluwania na chodniki możemy wnieść na obuwiu i na sukniach zarazki chorobotwórcze do naszych mieszkań. W końcu nowsze badania, szczególniej pochodzące ze szkoły Pflügego, wykazały, w jaki sposób plwocina może stać się przyczyną zakażenia ludzi zdrowych.

Pomimo świadomości tych wszystkich faktów, plwocina, ze wszystkich wydalin ludzkich, zajmuje jakieś uprzywilejowane stanowisko. W mieszkaniach istnieją już zakazy spluwania na podłogę, ale sposób zbierania plwocin jest wadliwy; natomiast na ulicach dotąd przynajmniej panuje pod tym względem zupełna dowolność.

[1]) Patrz pracę moją: »Co każdy człowiek o gruźlicy wiedzieć powinien?« Kraków, 1908.

Należy usuwać plwocinę tak w mieszkaniach, jak i na ulicach w sposób właściwy. Plwocinę należy zbierać i usuwać już chociażby tylko ze względu na to, że chodnik zanieczyszczony plwociną budzi odrazę, że sprzeciwia się to nawet prymitywnemu pojęciu o czystości i porządku. Należy urządzać spluwaczki uliczne, a na ulicach umieszczać napisy, zabraniające spluwania na chodnik. Na ulicach, gdzie nie ma jeszcze spluwaczek, należałoby przestrzegać tego, aby nie spluwano na chodnik, lecz do rynsztoka. Spluwaczki w zamkniętych przestrzeniach powinny być umieszczane na wysokości 1 m do 1 m 20 cm. od podłogi, powinny być zamykane i nie zajmować wiele miejsca w pokoju. Referent demonstruje spluwaczkę, która odpowiada wymogom higieny i może być zastosowana także jako spluwaczka uliczna.

Dr Korolewicz (z Krakowa), nawiązując do odczytów wygłoszonych o leczeniu schorzeń gruźliczych wstrzykiwaniami tuberkuliny przez poprzednich mowców, podaje krótkie sprawozdanie z ruchu w dyspenzatoryum, istntejącem od r. 1907 przy ambulatoryum kliniki medycznej U. J. W dyspenzatoryum tem, założonem przez Prof. Jaworskiego, zgłosiło się od dnia 14 października 1907 do 11 lipca 1909 — 1154 osób ze zmianami gruźliczemi, z czego 586 kobiet i 568 mężczyzn na ogólną liczbę 6920 chorych ambulatoryjnych. W niektórych przypadkach, nadających się do leczenia, stosował prelegent wstrzykiwania tuberkuliny w celach leczniczych. Stosował rozmaitego rodzaju tuberkulinę i tak: 1. Starą tuberkulinę Kocha T. O. S. 2. Nową tuberkulinę Kocha T. R. 3. Zawiesinę z prątków B. E. 4. Tebean Scheringa. 5. Tuberculol Landmanna i 6. Tuberkulinę Jacobsa. Ogółem było leczonych 38 chorych, u których najlepsze wyniki stwierdzono po wstrzykiwaniu starej tuberkuliny Kocha i tuberkuliny Jakobsa. Wyniki te zachęcają do dalszych prób.

Prym. Dr Wiczkowski (Lwów) mówi o polyserositis, której obserwował 50 wypadków o rozmaitem nasileniu głównie u kobiet w wieku młodym. Sądzi, że sprawa polega na działaniu endotoksyn. — Mowca wspomina jeszcze o działalności Towarzystwa przeciwgruźliczego we Lwowie i wskazuje na założenie schroniska w Hołosku, gdzie pomieszczono 30 osób. Sanatoryum ma wskazać władzy państwowej i krajowej, jak tanimi środkami należy zwalczać gruźlicę. Towarzystwo zamierza także otoczyć opieką dzieci gruźlicze i osoby dorosłe zagrożone gruźlicą.

Dr Eisenberg (Kraków) podnosi trudności w zwalczaniu gruźlicy wskutek odmienności bakteryi gruźliczych od wszystkich innych, ich większej odporności. Odmawia fagocytozie wielojądrzastych ciałek białych wszelkiego znaczenia w walce z bakteryami gruźliczemi, natomiast znaczenie to posiadają limfocyty.

Co do leczenia jedynie racyonalnem jest uodpornienie czynne. Radzi uodparniać przeciw jadom i przeciw ciałom bakteryjnym. Sądzi, że istnieją zakażenia gruźlicze rozmaitego natężenia, niektóre wszelkiemu leczeniu z góry niedostępne. Godzi się z Dr Sokołowskim, że gruźlica jest sprawą w pierwszym rzędzie społeczną.

Dr Fidler (Radom) przypomina, iż wyleczenia w sanatoryach trzeba przyjmować z wielką rezerwą, gdyż po jakichś 4—5 latach przypadki te giną od nawrotów. Mówi więc tylko o leczeniu swoistem tuberkuliną i to dla chorych I. okresu; leczenie to powinno być przeprowadzane ambulatoryjnie w domu; dla chorych II. okresu radzi stwarzać również w domu warunki sanatoryjne, a dopiero nieuleczalnych chorych w III. okresie radzi umieszczać w domach dla inwalidów gruźliczych.

Dr Kikinger (Lwów) jest zwolennikiem leczenia sanatoryjnego. Stwierdza, że na podłożu sprawy gruźliczej rozwijają się często nerwice. Leczenie powinno się opierać na indywidualizowaniu w wyborze leczenia zależnie od okresu.

Dr Dłuski (Zakopane) polemizuje z Dr Fidlerem i Dr Rzętkowskim. Nihilizowanie własności leczniczych klimatu nie jest uzasadnione, albowiem przeczy temu doświadczenie. Referat Rzętkowskiego ma ten tylko błąd, iż, poprzestając na dotychczasowem leczeniu sanatoryjnem, które coprawda daje 80% poprawy, ale nie na długi przeciąg czasu, nie szuka dróg wyższych, bo jeżeli mamy środki na kiłę, zimnicę i gościec, to z czasem otrzymamy środek i na gruźlicę.

Prof. Dr Raczyński (Lwów) zastanawia się nad tem, w jaki sposób tak olbrzymi odsetek dzieci (75%) ulega zakażeniu gruźliczemu. Oprócz zakażenia w domu większość ulega zakażeniu na ulicy skutkiem rozsiewania tam zarazków przez ludzi chorych. Projekt więc Dr Janiszewskiego o spluwaczkach ulicznych gorąco popiera i żąda specyalnej ustawy w tym względzie.

Dr Kuczewski (Zakopane). Jeżeli mówiono o gruźlicy wśród proletaryatu, to K. zwraca uwagę na gruźlicę wśród uczącej się młodzieży, która tutaj w Galicyi jest przeważnie proletaryatem. K. przedstawia wyniki leczenia w Domu Zdrowia Bratniej pomocy w Zakopanem, nie mogąc się pochwalić większym %, niż 25%—30%. Wspomina dalej o niezbyt dobrem położeniu materyalnem sanatoryum, i zwraca się do I. Zjazdu Intern. polskich z gorącą prośbą o poparcie tego tak potrzebnego zakładu.

Dr Kraszewski (Zakopane) radzi zwrócić uwagę na gimnastykę klatki piersiowej, gimnastykę oddychania. Tylko uświadomienie najszersze co do istoty gruźlicy, nie ukrywanie przed chorymi, jak i ich rodziną niebezpieczeństwa gruźlicy, może wydać jakieś wyniki.

Na tem wyczerpano porządek dzienny pierwszego dnia Zjazdu.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Wydany z początkiem lipca I zeszyt I tomu »Przeglądu chirurgicznego i ginekologicznego« przedstawia się okazale. Zawiera on 5 prac oryginalnych, mianowicie prof Kryńskiego, Dra Leśniowskiego i Maliniaka, Dra Neugebauera, Dra Borzymowskiego i Dra Zembrzuskiego, następnie streszczenie zbiorowe pióra Dra Zweigbauma, szereg streszczeń pojedynczych, sprawozdania z posiedzeń chirurgicznych i ginekologicznych Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego, wreszcie bibliografię. Zeszyt dosięga 8 arkuszy druku; wydanie bardzo staranne. Nowy dwumiesięcznik prenumerować można w Administracyi (Warszawa, Złota 3); przedpłata razem z przesyłką pocztową rb. 7, zeszyt pojedynczy rb. 2.

— Rada Warszawskiego Towarzystwa higienicznego zwróciła się do stowarzyszeń naukowych, społecznych i innych w kraju w liście otwartym (»Zdrowie«) z prośbą o współdziałanie w uregulowaniu rozkładu dnia mieszkańców Warszawy, którzy ze szkodą dla zdrowia coraz więcej żyją i pracują długo w noc, a zajęcia dzienne rozpoczynają rano zbyt późno.

— Towarzystwo przeciwgruźlicze warszawskie otwiera drugą przychodnię (dyspensatoryum).

— Zapis 50.000 rb. na utworzenie instytutu biologicznego im. Nenckiego uzyskał zatwierdzenie. Do czasu utworzenia instytutu połowę odsetek od tej fundacyi pobierać będzie Towarzystwo lekarskie.

— Przy ul. Hożej rozpoczęło »Towarzystwo pielęgnowania chorych pod wezwaniem św. Józefa« budowę ambulatoryum i sali dla 25 chorych.

Z różnych stron. Ze statystyki sanitarnej Berlina za rok 1906 i 1907. Liczba mieszkańców od r. 1900 podniosła się z 1.888.848 na 2.040.148, a to głównie przybyło mieszkańców w sile wieku, liczba zaś porodów stosunkowo niewiele się zwiększyła (napływ ludności ze wsi i prowincyi do Berlina). Śmiertelność opada stale i o wiele częściej spotyka się zgony w późniejszym wieku, niż dawniej. Przypisać to należy ulepszonej kanalizacyi, zaopatrzeniu w wodę, założeniu schronisk i nowych szpitali itp. Karmienie piersią staje się coraz rzadsze, co wpływa i na śmiertelność dzieci. Tak np. zaledwie 31·87% niemowląt zostało wykarmionych piersią. Celem uzyskania dla statystyki dat pewniejszych, lekarze berlińscy obowiązani są prócz zwykłych kart śmierci wypełniać t. zw. karty dla obliczeń, gdzie wpisuje się bez podania nazwiska zmarłego rozpoznanie za życia, przyczynę śmierci, ewentualnie inne szczegóły etyologiczne, jak alkoholizm, kiłę, poronienie, chorobę umysłową itp. Karty te ze względu, że niema na nich nazwisk, dają o wiele lepsze dane statystyczne, bo nie krępowane żadnymi względami. Lekarze nadsyłali je pilnie i na 36626 zgonów brakuje tych kart zaledwo w 1667 przypadkach. Karty te wykazują np., że alkoholizm jest znacznie częściej przyczyną śmierci niż to ze zwykłych kart pośmiertnych wypada, podobnie i kiła. Stosunki mieszkań w Berlinie nie są jeszcze zbyt dobre i w 13·01% nie wypada na głowę nawet 10 m^3 powietrza w mieszkaniu. Y.

W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego, pod zarządem Józefa Filipowskiego.